



■ VALITSE KOHDE. - VALITSE KOHDE.
VALITSE KOHDE.

LIHAVAN ASIAKKAAN ELINTAPA- OHJAUS TYÖTERVEYSHOITAJAN KOKEMANA

”Mutta motivaatio pitää löytää sisältään!”

TEKIJÄ/T: Kristiina Björkstedt
Minna Koskinen

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Kristiina Björkstедt ja Minna Koskinen			
Työn nimi			
Lihavan asiakkaan elintapaohjaus työterveyshoitajan kokemana			
Päiväys	7.5.2015	Sivumäärä/Liitteet	48/3
Ohjaaja(t)			
Marjukka Nurro			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Soisalon Työterveys			
Tiivistelmä			
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan kokemuksia lihavan asiakkaan elintapaohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli puolestaan tuottaa tietoa, jota työterveyshoitajat voivat hyödyntää lihavan työterveyshuollon asiakkaan lihavuuteen puuttumisessa ja ohjaustyön kehittämisessä työhyvinvoinnin edistämiseksi.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Tutkimuksen aineistokeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastattelun aihealueet määräytyivät tutkimustehtävämme mukaan, jotka liittyivät lihavuuteen ja elintapaohjaukseen. Analysoimme aineiston sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan lihavuus aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia ja oireita alentaen näin ollen myös työhyvinvointia. Lihavuus on yleinen ilmiö noin 50 vuotta täyttäneiden työikäisten, istumatyötä tekevien keskuudessa sukupuolesta ja koulutustasosta riippumatta johtuen liikunnallisen arkiaktiivisuuden vähäisyydestä, joskin lihavuuden koettiin kääntyneen lievästi laskuun.</p> <p>Tutkimuksessamme tuli selvästi esille, että työterveyshoitajat kokivat lihavuuteen puuttumisen tärkeänä osana työterveystarkastusta, vaikkakin elintapaohjaukseen käytettävä aika on resurssien puutteen vuoksi rajallinen. Elintapaohjauksessa haastavimmaksi koettiin asiakkaan motivointi pysymään saavuttamassaan muutoksessa. Ohjauksen koettiin olevan vuorovaikutteista keskustelua.</p> <p>Tutkimuksen tulokset voidaan nähdä suuntaa antavana katsauksena lihavan asiakkaan kanssa käydystä vuoropuhelusta työhyvinvoinnin edistämiseksi sekä herättelijänä keskustelulle pitäisikö lihavuuden ennaltaehkäisyyn varata lisää resursseja työhyvinvoinnin edistämiseksi, kun vaatimus työvuosien lisäämisestäkin on yhä ajankohtaisempi. Jatkona tälle tutkimukselle voisi tehdä käytännön työhön soveltuvan hoitopolun lihavan asiakkaan työhyvinvoinnin edistämiseksi.</p>			
Avainsanat			
Lihavuus, työterveyshoitaja, työterveyshuolto, elintapaohjaus, työhyvinvointi			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Hospitality Management			
Author(s) Kristiina Björkstedt and Minna Koskinen			
Title of Thesis The occupational health nurse's lifestyle-related guidance with regard to an obese customer			
Date	7.5.2015	Pages/Appendices	48/3
Supervisor(s) Marjukka Nurro			
Client Organisation /Partners Soisalon Työterveys			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the occupational health nurse's experience about lifestyle-related guidance regarding an obese customer. The objective of the thesis was to produce the kind of information that occupational health nurses can make use of at their work, when giving guidance on lifestyle and intervention relating to obesity.</p> <p>The study was executed using the qualitative method. The research data for this thesis was collected by using the theme interview. The interview topics were determined according to the research task related to the obesity and guidance on lifestyle. The data was analyzed by using the content analysis.</p> <p>The study results show that obesity causes physical and mental illnesses and symptoms, reducing thus the well-being. Obesity has been a common phenomenon for some 50 years among older working-age people whose work day includes a lot of sitting and the daily activity is low. Obesity is not connected with the gender and the level of education. However, it was felt that obesity has decreased somewhat.</p> <p>Our study clearly showed that occupational health nurses felt the intervention relating to obesity is an important part of the health inspection although the time regarding the guidance in lifestyle is limited due to a lack of resources. Occupational health nurses felt that the most challenging factor in the lifestyle-related guidance was to get the customer to remain in the achieved changes. Guidance was felt to be an interactive discussion.</p> <p>Because the requirement to increase the working years is still topical, the research results can be seen as an indicative overview from the dialogue with the customer who is obese about how to promote the well-being at work. The research can also be used to invoke conversation that the prevention of obesity should be allocated more resources to promote well-being. A further study could be a pathway of care designed for an obese customer. The pathway of care should be suitable for practical work in order to improve the well-being at work.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Obesity, occupational health nurse, occupational health care, lifestyle-related guidance, well-being at work</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	LIHAVUUS	7
2.1	Lihavuus elintapasairautena.....	7
2.2	Lihavuuden vaikutukset työhyvinvointiin.....	8
3	TYÖTERVEYSHOITAJA TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ.....	10
3.1	Työterveyshoitaja työterveyshuollossa.....	10
3.2	Työterveyshoitajan ohjaustyö	11
3.3	Lihavuuden elintapaohjausmenetelmiä	12
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
5.1	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	16
5.2	Aineiston keruu ja tiedonantajat	16
5.3	Haastattelutilanteen kuvaus.....	17
5.4	Aineiston analysointi	17
6	TULOKSET	20
6.1	Ohjauksen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät	20
6.2	Lihavuus työyhteisössä.....	23
6.3	Hoitotyötä ohjaava holistinen ihmiskäsitys	24
6.4	Lihavuus ja tulevaisuuden ohjauksen haasteet.....	28
7	POHDINTA.....	30
7.1	Työterveyshoitajan kuvauksia lihavuuden vaikutuksista työntekijälle	30
7.2	Työterveyshoitajan elintapaohjauksen kokemuskertomukset.....	32
7.3	Tutkimuksen sovellettavuus ja jatkotutkimusaiheet	35
7.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	39
	LIITE 1. HAASTATTELUN SUOSTUMUSLOMAKE.....	46
	LIITE 2: HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET	47
	LIITE 3.: SISÄLLÖNANALYYSSIN LUOKITTELURUNKO	48

1 JOHDANTO

Väestön lihominen on lisääntynyt viime vuosikymmeninä niin, että sillä on vakavia kansanterveydellisiä ja kasvavia kansantaloudellisia vaikutuksia. Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna lihavuus ja ylipaino ovat lähes kaksinkertaistuneet vuodesta 1980 (WHO, Obesity and overweight 2013). Terveiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) teettämän tutkimuksen mukaan arviolta 1,4-7 % Suomen kaikista terveysmenoista aiheutuu lihavuudesta (THL 2013, 20). Yli puolet suomalaisista aikuisista on ylipainoisia tai lihavia (THL 2014). Merkittävän kansanterveysongelman lihavuudesta tekee tietoisuus lihavuuden monia sairauksia ja oireyhtymiä lisäävästä vaikutuksesta. Erityisesti varhain alkanut lihavuus ja vyötärölihavuus liittyvät laajimpiin kansanterveysongelmiimme, kuten tyyppin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin, sepelvaltimotautiin, nivelrikkoon, uniapnea-oireyhtymään ja joihinkin syöpätauteihin, kuten menopaussin jälkeiseen rintasyöpään sekä kohdunrungan syöpään ja paksusuolen syöpään. (Karpakka 2011; THL 2013, 19; Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013, 5.) Lihavuus saattaa olla myös yhteydessä masennukseen ja ahdistuneisuuteen etenkin sairaalloisesti lihavilla ja lihavilla, joilla on muita sairauksia tai syömishäiriö (Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013, 6). Vastaavasti toimintakyvyn ja tarmokkuuden on todettu heikentyneen painon nousun myötä. Painon nousu lisää myös kiputunteuksia. (Karpakka 2011, THL 2013, 19, Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013, 5.)

Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon merkitys on kasvanut paino-ongelmien ja siihen liittyvien liitännäissairauksien lisääntymisen myötä. Suomessa tehtävä lihavuuden ehkäisy ja hoito perustuu WHO:n alaisen kansainvälisen lihavuustyöryhmän (International Obesity Task Force) laatimaan malliin lihavuuden ehkäisystä (WHO, Obesity 2000; Fogelholm 2006, 136, 138). Tässä strategisessa paperissa korostetaan laaja-alaista yhteistyötä, yksilön omaa vastuuta, ympäristön tukea ja ohjausta lihavuuden ehkäisytyössä. Lihavuuden ehkäisy ja/tai hoito on myös keskeisellä sijalla kansallisissa ravitsemussuosituksissa, aihetta on käsitelty muun muassa Käypä hoito – suosituksissa ja DEHKO-ohjelmassa. Diabetesliiton vuonna 2000 käynnistämä Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) toteutettiin vuosina 2000–2010. DEHKO on ollut myös Suomen vastaus Euroopan St. Vincent -diabetesohjelmaan ja WHO:n edellyttämiin kansallisiin hoito-ohjelmiin. DEHKO sisältää kattavat suositukset lihavuuden ehkäisyn ja hoidon keinoista ja niitä toteuttavista tahoista. (Diabetesliitto Dehko 2011, 5, 11–21).

Huolimatta siitä, että perusterveydenhuolto ja siihen kytkeytyvä työterveyshuolto ovat saaneet monelta taholta tietoa lihavuuden seurannaisvaikutuksena syntyvien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, tilanne on huolestuttava. (esim. Fogelholm 2006, 138; THL 2013, 13–14; WHO, Obesity 2000; Suomen Diabetesliitto 2010, 4; Diabetesliitto Dehko 2011, 12, 53; Käypä hoito -suositus Lihavuus aikuiset 2013, 1.) Lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ongelma, jonka ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tarvitaan koko yhteiskunnan yhteisiä toimia. Toistaiseksi niillä on ollut hyvin vähän vaikutusta väestön lihomiskehitykseen (THL 2013, 13). Lihavuuden tunnistaminen ja siihen puuttumisen niukkuus on ongelma myös kansainvälisesti (esim. Muo, Sacajiu, Kunins, and Deluca, 2013; Walsh and Fahy 2011, 23.) THL onkin tehostanut väestön lihavuuteen puuttumista käynnistämällä kansallisella yhteistyöohjelmalla ”Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja lii-

kunnasta 2012 – 2015”. Ohjelman päätavoitteeksi on asetettu lihavuuden ehkäisy ja iän myötä tapahtuvan lihomisen pysäyttäminen. Lisäksi ohjelmassa paneudutaan niiden ihmisten tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen, joilla on riski sairastua lihavuuden liitännäissairauksiin. Pitkänaikavälin päämääränä hankkeella on terveempi Suomi, joka ensimmäisten maiden joukossa kääntää väestön lihavuuskehityksen laskuun. Hankkeen toteutukseen on haastettu mukaan toimijoita monelta eri sektorilta. Kansallisen asiantuntijaryhmän jäsenenä on myös Työterveyslaitos. (THL 2013, 3–9, 29.) Koska kansallinen yhteistyöohjelma ”Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2012–2015” -ohjelma on vielä käynnissä, ei ohjelman lopullisia tuloksia ole vielä saatavissa.

Tässä työssä kiinnostuksemme suuntautui työterveyshoitajan toteuttamaan terveydenedistämistyöhön, elintapaohjaukseen ja työikäisten lihavuuteen. Näin työterveyshuolto kohdentuikin luontevasti työmme tutkimuskohteeksi, sillä työterveyshuolto koskettaa noin 80 prosenttia Suomen 2,3 miljoonasta työtä tekevästä henkilöstä (THL 2011, 19). Työssämme terveyden edistäminen rinnastuu Raution ja Husman (2010, 167) mukaisesti työhyvinvoinnin käsitteeseen. Työssämme oli kyse elämäntapamuutoksen ohjauksesta ja tuesta, jota työterveydenhoitaja toteuttaa työssään. Tarkastelumme alla olivat terveyshoitajien subjektiiviset kokemukset. Ohjaus nähtiin tässä työssä Vänskän, Laitinen-Väänäsen, Kettusen ja Mäkelän mukaisesti (2011,16) ”monitahoisena, eri ammattikäytäntöjen piirteitä yhdistelevänä, toimintatapojen, lähestymistapojen ja työmenetelmien joukkona”. Ohjauksen rinnakkaiskäsitteenä käytämme myös neuvontaa, joka Koskenvuon ja Mattilan (2009) mukaan korostaa tiedon, vuorovaikutuksen ja muutoksen merkitystä sekä työn eettisiä periaatteita. Työmme tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan kokemuksia lihavan asiakkaan elintapaohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena puolestaan oli, että työterveyshoitajat voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia lihavan työterveyshuollon asiakkaan lihavuuteen puuttumisessa ja ohjaustyön kehittämisessä.

Työmme etenee niin, että seuraavat luvut (2 ja 3) ovat työmme teoreettinen osa, jonka pohjalta esiymmärryksemme on muotoutunut. Neljännessä ja viidennessä luvussa esittelemme tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimuksenkulkua, kuten aineiston keruuta ja analyysin etenemistä. Kuudennessa luvussa käymme puolestaan läpi saatuja tuloksia. Seitsemännessä luvussa kokoamme opinnäytetyön keskeiset tulokset yhteen, vertaamme niitä aiempien tutkimusten antiin ja esitämme mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Samassa luvussa pohdimme myös työmme eettisyyttä ja luotettavuutta sekä omaa ammatillista kehittymistämme.

2 LIHAVUUS

2.1 Lihavuus elintapasairautena

Elintavoilla on selkeä yhteys niin sairastavuuteen kuin kuolleisuuteen. Epäterveellisten elintapojen kasaantumisen myötä myös kuolemanriski kasvaa nelikertaiseksi ja eliniän odotus lyhenee keskimäärin 14 vuotta, mikäli vertailukohtana pidetään terveellistä elintapaa noudattavia henkilöitä. (Khaw, Wareham, Bingham, Welch, Luben ja Day 2008.) Suomalaisten elintavoissa ja terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut muutoksia niin hyvää kuin huonoonkin suuntaan. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen teettämän ”Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäminen ja terveys” tutkimuksessa todetaan, että pitkällä aikavälillä työikäisessä väestössä ruokatottumuksissa on edetty ravitsemussuosittelusten mukaisesti. Tutkimusajanjaksolla vuosina 2010–2013 tämä myönteinen kehitys ei kuitenkaan ole enää jatkunut. Erityisesti alkoholin käyttö ja ylipaino ovat lisääntyneet. Näyttää myös siltä, että elintapojen huonontumisen ja lihavuuden myötä pahoinvointi kasaantuu erityisesti alimpiin koulutusryhmiin (Helldán, Helakorpi, Virtanen ja Uutela 2013, 26–27: ks. myös Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013.)

Yhtenä syynä lihavuuden yleistymiseen pidetäänkin elintapojen ja -ympäristön muuttumista. ”Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta kansallisessa lihavuusohjelmassa 2012–2015” todetaan elinympäristömme muuttuneen lihavuutta edistäväksi eli ”obsogeeniseksi ympäristöksi”. Passiivinen ja istuva elämäntavan yhdistettynä arkiliikunnan vähentymiseen ja liialliseen sekä epäterveelliseen ruokaan kasvattaa lihomisriskiä. (THL 2013, 13.) Lihavuutta edistävät myös kiireinen elämänrytmi, vähentynyt yöuni, stressi ja erilaiset psyykkiset häiriöt. Lisäksi muuttuvat elämäntilanteet, kuten naimisiin meno, raskausaika ja tupakoinnin lopettaminen saattavat hermistää lihomiselle. Myös syömistottumukset ja suhde ruokaan ovat muuttuneet. ”Kuluttaja painonhallinnan markkinolla” loppuraportti (2012) kuvaa hyvin syömiseen liittyvää kuluttajakäyttäytymistä ja nostaa esiin niin kuluttajien omiin elintapoihin liittyvän tiedon puutteellisuuden kuin myös elintarviketeollisuuden tuottaman yltäkylläisen ”terveellisten tuotteiden” valikoiman, jonka edessä kuluttaja saattaa usein hämmentyä. Näiden edellä mainittujen lisäksi raportti kiinnittää huomiota rakenteisiin ja sosioekonomisiin eroihin liittyviin terveellisiin syömistapoihin ja mahdollisuuksiin. (Kantanen ja Lapveteläinen 2012, 49.) Yllä olevien tekijöiden lisäksi Mustajoki (2013) muistuttaa, että yksilöiden alttius lihomiseen vaihtelee ja on osittain yksilön perimän säätelemää.

Lihavuus tarkoittaa rasvakudoksen ylimäärää. Merkittävimmät lihavuutta määrittelevät tekijät ovat painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta (TAULUKKO 1.). Painoindeksi BMI (body mass index) tarkoittaa kehon painoa jaettuna metreinä mitatun pituuden neliöllä, kg/m^2 . Suomalaisten miesten painoindeksi on keskimäärin 27.1 kg/m^2 ja naisten 26.0 kg/m^2 . (THL 2013, 17; Männistö, Laatikainen ja Vartiainen 2012, 1.) Pitkällä aikavälillä ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa. Miehistä 59 % ja naisista 44 % oli vuonna 2013 ylipainoisia ($\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$). (Helldán, Helakorpi, Virtanen ja Uutela 2013, 21.) Lihavuuteen liittyvästä kuolemanvaarasta todetaan Käypä hoito – suosituksessa Lihavuus (aikuiset), että kuolemanuhka kasvaa painoindeksijakauman ääripäissä. Ennen aikaisen kuoleman riski kasvaa selvästi painoindeksin ylittäessä 30 kg/m^2 . Sen sijaan yli 75-vuotiailla kuolleisuuden ja

painoindeksillä mitatun lihavuuden välinen yhteys näyttää häviävän. (Käypä hoito – suositus Lihavuus aikuiset 2013.)

TAULUKKO 1. Painoindeksin ja vyötärölihavuuden raja-arvot (THL 2013, 18)

Painoindeksi (BMI, kg/ m ²)	
alle 18,5	Alipaino
18,5 – 24,9	Normaali paino
25 – 29,9	Ylipaino
30 – 39,9	Vaikea lihavuus
40 – enemmän	Sairaalloinen lihavuus
Vyötärölihavuus	
Miehet	yli 100 cm
Naiset	yli 90 cm

Koska kehon painoindeksi ei kerro mitään rasvakudoksen jakautumisesta kehossa, käytetään painon määrittelyssä apuna vyötärön ympärysmittaa (TAULUKKO 1.). Vyötärön ympärysmitta ilmaisee vatsaonteloon kertyneen haitallisen rasvan määrän. Vatsaonteloon kertyvä, viskeraalinen rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa ja terveydelle haitallisempaa kuin lantiolle, reisiin ja ihon alle kertyvä rasva. Sekä painoindeksi (BMI) että vyötärön ympärysmitta on määritetty kansainvälisten kriteereiden mukaan (WHO, Obesity and Overweight 2013). Vyötärön ympäryksen raja-arvoina ovat miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Raja-arvot tulevat metabolisen oireyhtymän määrittämisessä käytetyistä arvoista. Raja-arvojen ylittäminen lisää sydän- ja verisuonitautien sekä muiden liitännäissairauksien vaaraa. (Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013.)

Lihavuus elintapasairautena lisää sairastavuutta sekä kuolleisuutta. Vaikka elinympäristömme on muuttunut obsogeeniseksi ja perinnöllinen alttius lihavuudelle on olemassa, yksilö voi omilla valinnoillaan vaikuttaa lihavuuteensa. Painonhallinta ja laihduttaminen ovat pitkät prosessit ja vaativat näin ollen elintavan muuttamista. Lihavuuden hoidossa Mustajoki (2013) muistuttaa: ”Kun paino pienenee 5–10 % (satakiloisella 5–10 kiloa, 80-kiloisella 4–8 kiloa), diabeteksessa, verenpaineessa, veren rasvahäiriöissä ja muissa sairauksissa voidaan todeta huomattavaa paranemista.” Elintapamuutoksilla pystytään vaikuttamaan merkittävästi yksilön terveyteen ja saavuttamaan hyviä tuloksia.

2.2 Lihavuuden vaikutukset työhyvinvointiin

Lihavuus heijastuu suoraan työhyvinvointiin monin eri tavoin aiheuttaen kustannuksia ja työn uudelleen organisoimista työpaikoilla, heikentäen työn tuottavuutta ja yksilön elämänlaatua. Työhyvinvointi kuvaa työn turvallisuutta, vaarattomuutta ja mielekkyyttä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Kaikki ne tekijät, jotka vaikuttavat työntekijän terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn työyhteisössä, voidaan katsoa työhyvinvointiin kuuluviksi. Näihin tekijöihin kuuluvat muun muassa osaamisen kehittäminen, työssä onnistuminen, oikeudenmukainen johtajuus, organisaatiokulttuuri ja työntekijän

psykykinen, fyysinen ja sosiaalinen terveys. Työhyvinvoinnin lähtökohdissa yhdistyvät niin yksittäisen työntekijän terveyden edistäminen kuin myös organisaation ja työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen sekä tuloksellisuus. (Manka, Heikkilä-Tammi ja Vauhkonen 2012, 7-9.) Työhyvinvoinnin toteutumisesta vastaavatkin yhdessä työnantaja ja työntekijä yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Yksittäisen työntekijän kohdalla työhyvinvointi on työssä jaksamisen edellytys, joka vaikuttaa myös työn tuottavuuteen, työhön sitoutumiseen ja sairauspoissaolojen määrään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Työterveyslaitos 2014.) Lihavuus ja siihen liittyvät sairaudet heikentävät työhyvinvointia huonontamalla sekä fyysistä että psyykkistä toiminta- ja työkykyä. Lisäksi lihavuus voi aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia, kuten syrjintää ja ennakkoluuloja ja vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. (THL 2013, 19; Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013.) Suomesta, Australiasta ja Ruotsista on näyttöä, että lihavuudella ja työttömyydellä on yhteyttä. Erityisesti työttömyys näyttää koskettavan lihavia naisia, joilla on alhainen koulutustaso. (Schulte, Wagner, Ostry, Blanciforti, Cutlip, Krajnak, Luster, Munson, O'Callaghan, Parks, Simeonova ja Miller 2007; vrt. myös Helldan ym. 2013.)

Lihavuuden vaikutukset ilmenevät pääasiassa siihen liittyvien liitännäissairauksien kautta. Eniten sairauspoissaoloja työterveyspuolella ilmenee tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä mielenterveysongelmien yhteydessä. (Kauppinen, Mattila-Hlappa, Perkiö-Mäkelä, Saalo, Toikkanen, Tuomivaara, Uuskulainen, Viluksela ja Virtanen 2013, 104). Roosin (2014, 9) mukaan myös painon lasku lisää sairauspoissaoloja. Hänen mukaansa lihavuuden vaikutukset näkyvät niin tuki- ja liikuntaelinsairauksien lisääntymisenä kuin myös työkyvyttömyyseläköitymisen kasvuna. Mielenterveyden, työkyvyttömyyden ja lihavuuden välinen yhteys ei sen sijaan ole yhtä ilmeinen. Lihavuus lisää vain hieman mielenterveyssyistä sekä muista syistä ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. (Roos 2014, 9–10; ks. myös Bondie ja Viikari-Juntura 2013.) Bondie ja Viikari-Juntura (2013) raportoivat myös lihavuuteen liittyvästä kasvaneesta tapaturmariskistä, jolla on oma merkityksensä lihavan työntekijän enneaikaiseen poistumiseen työmarkkinoilta. Selkeää näyttöä on siis siitä, että lihavuus lisää pitkiä sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä.

Työolojen kuten stressin, pitkien työtuntien ja vuorotyön vaikutusta lihavuuteen on myös selvitetty. Pitkät työtunnit näyttävät vaikuttavat miesten lihavuuteen enemmän kuin naisten. Edelleen vuorotyöllä on todettu olevan vaikutusta painon nousuun myös Hollannissa ja Ruotsissa toteutetuissa tutkimuksissa. Stressin puolestaan on nähty tukevan lihavuutta edistävää alkoholin käyttöä, haluttomuutta lähteä liikkumaan ja väsymistä. (Schulte ym. 2007.) Myös Bondie ja Viikari-Juntura (2013) toteavat, että edellä mainituilla työolosuhteilla on jonkin verran vaikutusta painon nousuun ja lihavuuteen. Roos (2014) puolestaan osoittaa omassa seurantalutkimuksessaan, joka pohjautuu suomalaisen aineistoon, ettei työolosuhteilla ole yhteyttä yksilön painon nousuun tai yhteys on heikko. Heikko yhteys ilmeni lähinnä yötyöllä, passiivisella työllä ja töillä, joissa ilmeni fyysisen väkivallan uhkaa. Tutkimusten erilaiset tulokset selittyvät osittain käytetyillä muuttujilla, tutkimus ajankohdalla ja käytetyillä mittareilla. Tiivistetysti voidaan kuitenkin todeta, että jonkinlaista vaikutusta työolosuhteilla on painon lisääntymiseen ja myös siihen, millaisia käyttäytymismalleja yksilöillä on hallita työn ja vapaa-ajan suhdetta.

3 TYÖTERVEYSHOITAJA TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄJÄNÄ

3.1 Työterveyshoitaja työterveyshuollossa

Työterveyshuolto rakentuu kolmikannalle, jonka osapuolina ovat työnantaja, työntekijä ja työterveyshuolto. Laki määrittää työterveyshuollon toiminnan vähimmäisvaatimukset (mm. Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Työterveyshuoltolaki 1383/2001; Räsänen 2010.) Muuttuvassa työelämässä yhteistyön kehittämistä niin työterveyshuollon ja työntekijöiden kuin myös yrityksen johdon kanssa tarvitaan kuitenkin lisää. Tähän johtopäätökseen ovat tulleet Siljanen, Rautio ja Husman (2012) työpäikällä toteutetuissa terveyttä ja hyvinvointia edistävissä yhteiskehittämismenetelmien pilotoinneissaan. Entistä enemmän työpaikoilla kaivataan avoimuutta ja aktiivisuutta työterveyspuolelta sekä selkeitä yhteisesti laadittuja toimintamalleja. (Siljanen ym. 2012, 83–84.)

Työterveyshoitajan rooli terveyden edistämisessä ja työterveysyhteistyön eri prosessissa on merkittävä, sillä odotukset yksilön, työyhteisön, työympäristön ja työn väliselle asiantuntijuudelle ja aktiiviselle sekä ennaltaehkäisevälle työtteelle ovat suuret. Tähän liittyy läheisesti myös puheenvuorot moniammatillisesta yhteistyöverkostojen hyödyntämisestä ja tiiviimmästä yhteistyöstä henkilöstöhallinnon ja johdon kanssa. (Rautio 2004, 175–179.) Työterveyshuollon ja työterveyshoitajan asiantuntemus tukeekin työpaikoilla tehtävää työkyvyn ja terveyden edistämistä ja ylläpitämistä. Toiminnan yhtenä tavoitteena on pyrkiä vaikuttamaan työntekijän mahdollisuuksiin huolehtia omasta terveydestään ja työkyvystään. (Vallenius, Savinen ja Paavilainen 2008, 16; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Nämä pyrkimykset ovat yhteneväiset Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliraportin (2013, 26) työikäisille asetettuihin tavoitteisiin nähden: lisää työvuosia ja mahdollisuuksia jatkaa uupumatta työelämässä.

”Työterveyshoitajan tehtävä on työikäisen yksilön terveyden edistäminen”, toteaa Naumanen-Tuomela yksiselitteisesti (2001, 23). Työterveyshuollossa ehkäisevällä ja terveyttä edistävällä työtteellä on siis suuri merkitys. Tämä pitää sisällään niin kokonaisvaltaisen asioiden tarkastelun kuin myös asiakkaan yksilöllisyyden huomioimisen. Työterveyshuollon toiminnassa painottuukin asiakkaan tarpeet, kokonaisvaltaisuus ja vuorovaikutus. (Naumanen–Tuomela 2002, 499–500.) Terveydenedistämisen arvopohja muodostuu hoitotyötä ohjaavan holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti. Ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, voimaannuttaminen (empowerment), kestävä kehitys, tasa-arvo, osallistuminen ja asiakasnäkökulma (bottom-up). (Lahtinen, Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius ja Tuominen 2003, 28–29.) Työterveyshuollon lainsäädännössä ja hyvässä työterveyshuollonkäytännössä painotetaan niin ikään asiakkaan tarpeisiin ja yhteistyöhön perustuvaa toimintaa (esim. Työterveyshuoltolaki 1383/2001; Hyvä työterveyshuoltokäytäntö 708/2013). Nämä edellä mainitut seikat muodostavat myös työterveyshoitajan työtä ohjaavan perustan.

3.2 Työterveyshoitajan ohjaustyö

Terveyttä edistävää työtä, tässä siis työhyvinvointia, kuvataan usein promotiivisena (edistäminen), jolloin voimavaralähtöisyys, struktuuraisuus sekä ihmisten omien mahdollisuuksien lisääminen ovat toiminnan päämääränä. Pyrkimyksenä on luoda elinoloja ja kokemuksia, jotka tukevat yksilöä ja yhteisöjä. Tavoitteena on vahvistaa ja ylläpitää terveyttä suojaavia tekijöitä. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–16, 24.) Vastaavasti terveyden edistämistyötä voidaan kuvata myös preventiivisenä (ennaltaehkäisy), jolloin pyritään ehkäisemään alttiutta sairastua ja sairauden pahentumista. Tätä lähestymistapaa luonnehtii ongelmakeskeisyys, yksilöllisyys ja kasvatuksellisuus. (Koskenvuo ja Mattila 2009.) Käytännössä lähes kaikkiin hoitotilanteiden asiakaskohtaamisiin sisältyy niin preventiivisiä kuin promotiivisia piirteitä.

Työikäisten työhyvinvoinnin edistämiseksi työterveyshoitajan antama ohjaus liittyy terveydellisiin riskeihin, turvallisiin työtapoihin, työperäisiin sairauksiin sekä elämäntapaan ja työttömyysuhkaan. (Hautamäki ja Vertio 2004, 120). Ohjausprosessin kulku kuvataan tyypillisesti kehämäisenä kuviona, jossa tarpeen määrittely, suunnittelu, ohjaus sekä arvio, kirjaaminen ja seuranta etenevät systemaattisesti. Ohjauksen keskiössä on asiakas sekä hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa ja resurssinsa. (Tupakkakoulutus 2014.) Ohjaustilanteessa asiakas omaksuu uusia tietoja ja taitoja ja sovitaa ne aikaisempaan tieto- ja kokemusperustaansa (vrt. konstruktivistinen oppimiskäsitys). Ohjaajan, tässä työssä työterveyshoitaja, lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden ja asioille antamien merkitysten tunnistaminen. Työterveyshoitajan näkökulmasta katsottuna tavoitteen on kannustaa asiakasta löytämään itselleen sopiva toimintamalli sekä ottamaan vastuu omasta terveydestä. Vänskä ym. (2011, 18–19) korostavat, että ohjaustilanteet rakentuvat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Heidän mukaan ohjaukseen tavalla tai toisella liittyvät myös seuraavat tekijät: tiedon jakaminen, neuvonta, konsultaatio, terapia ja oppiminen. Käytettävissä oleva aika ja tila, ohjaajan lähestymistapa sekä asiakkaan elämäntilanne puolestaan vaikuttavat aina siihen, mitkä tekijät kulloiseenkin ohjaustilanteeseen soveltuvat. Näin jokainen ohjaustilanne on erilainen.

Ohjausmenetelmissä on kiinnitetty entistä enemmän huomiota ohjaustyön kokonaisvaltaiseen työotteeseen sekä ihmisten osallistamisen, vuorovaikutuksen ja oppimisen merkitykseen. (Rautio 2006, 19–20; Vänskä ym. 2011.) Oppimiskäsityksistä yksilön kasvua, itseohjautuvuutta ja vastuullisuutta painottava humanistinen ihmiskäsitys luovat pohjaa ohjaukselle, jossa asiakkaan oma elämäntilanne ja tavoitteet määrittävät ohjaustapahtumaa. Toinen vahvasti esillä oleva oppimiskäsitys, konstruktivistinen, puolestaan tähdentää ymmärtämisen merkitystä ja opitun asian siirtovaikutusta uudessa tilanteessa. (Vänskä ym. 2011, 22.) Nämä edellä esitetyt oppimiskäsitykset ovat linjassa hoitotyön ihmiskäsityksen kanssa. Routala ja Pitkälän (2009, 7) toteavatkin, että ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta on edetty asiakaslähtöiseen valmentajasuhteeseen.

Käytännössä tilanne ei kuitenkaan vastaa edellä esitettyä väitettä asiakaslähtöisestä valmentajasuhteesta. Pirisen (2007) mukaan hoitajien terveysneuvonta muodostui neuvosta, seurannasta, motivoinnista, tukemisesta ja huolen käsittelystä. Hän toteaa myös, että ohjaus työterveyshuollossa toteutuu pitkälti asiantuntijakeskeisesti ja behavioristisen oppimiskäsityksen mukaisesti. Lisäksi hän

mainitsee, että terveysneuvonnan tiedonkeruussa biofysiologiset ja epidemiologiset tekijät korostuvat kognitiivis-emotianaallisten tekijöiden sekä sosiaalisten ja aineellisten tekijöiden jäädessä vähemmälle huomiolle. Erityisesti näin tapahtui tiedon keruussa, tilanteen määrittämisessä, tavoitteen ja muutosten asettelussa neuvonnan sisällön ja seurannan osalta. Pirinen korostaakin työterveyshoitajan oman työn tutkivaa ja kehittävää otetta sekä työterveysyksikön sisäistä yhteistyötä. (Pirinen 2007, 100–102.)

3.3 Lihavuuden elintapaohjausmenetelmiä

Elintapaohjausta pidetään yhtenä merkittävänä Käypä hoito – suositusten osa-alueena. Salmela (2012, 19) kuvaa elintapaohjausta terveysammattilaisen ja korkeariskisen asiakkaan väliseksi vuorovaikutusprosessiksi. Prosessin päämääränä on edistää asiakkaan ”terveyttä ja hyvinvointi tukemalla hänen mahdollisuuksia muuttaa omia elintapojaan”. Lihavuuden elintapaohjauksessa huomioidaan asiakkaan tarvitsema niin tiedollinen, käytännöllinen kuin myös emotionaalinen tuki.

Elämäntapamuutos on käyttäytymisen muutosta, johon liittyy niin poisoppimista kuin uuden omaksumista. Varsinkin tutkimusolosuhteissa elämäntavan muutosohjelmien toimivuudesta ja vaikuttavuudesta on saatu vahvaa näyttöä (esim. Absetz ja Hankonen 2011). Elintapaohjaukseen sisältyy useita teorioita ja terapiamuotoja. Yksi näistä on käyttäytymisen muutosta selittävä transteoreettinen muutostavahemalli. Mallin mukaan käyttäytymisen muutos jaetaan viiteen osa-alueeseen: esiharkinta, harkinta-, valmistautumis-, toiminta ja ylläpitovaihe. Jokainen vaihe havainnollistaa yksilön käyttäytymiseen liittyviä asenteita ja aikomuksia. Lisäksi elintapamuutoksille tyypillinen retkahdus eli siirtyminen muutostavaiheesta taaksepäin on otettu huomioon mallissa. Repsahdusten korostetaan olevan ensisijaisesti oppimisen paikka. (Salmela 2012, 20–24.)

Edellä kuvattu ohjausmalli huomio eri muutostavaiheissa olevien asiakkaiden ohjaukselliset erityistarpeet. Elintapaneuvonnassa tulisikin hyödyntää malliin kuuluvia muutostavaiheita, pyrkiä tunnistamaan sekä arvioimaan, missä muutostavaiheessa asiakas on, ja millaista ohjausta tai tukea hän tarvitsee. Salmela (2012, 24) mainitsee, että ensimmäisessä ja toisessa muutostavaiheessa toiminnan ja tavoitteenasettelun sijasta tulisi kiinnittää huomiota tietoisuuden, ympäristön ja itsensä uudelleenarviointiin sekä muutostarpeen, hyötyjen ja haittojen pohtimiseen. Tämän jälkeen vasta siirryttäisiin motivaation ja toiminnan vahvistamiseen ja ylläpitämiseen. Elintavan muutostavaiheen ohjaustyössä oppiminen, vertaistuki ja vuorovaikutus ovat tärkeitä tekijöitä, mutta itse muutostarve lähtee asiakkaasta.

Muutostavaiheen malliin vuorovaikutuksen työvälineenä on käytetty motivoivaa haastattelua, joka perustuu asiakkaan omien tarpeiden ja kyvykkyyden tunnistamiseen. Siten elämäntapamuutoksen onnistumisen todennäköisyys paranee. Haastattelussa painotetaan avoimia kysymyksiä, ohjauksen positiivista ilmapiiriä, kuuntelua, empaattisuutta, korostetaan elämäntavan muutoksia puoltavia syitä, rohkaistaan ja sekä vältetään asiakkaan arvostelua. Keskusteluissa asiakkaan muutospuheen vahvistaminen auttaa asiakasta sitoutumaan. Tämä puolestaan ennustaa positiivista lopputulosta. Niin

ikään, suhteutettuna käytettyyn aikaan, menetelmällä on saatu hyviä tuloksia elämäntavan ongelmien kuten tupakoinnin, lihavuuden ja alkoholismin ratkaisemisessa. (Absetz ym. 2011.)

Motivoivassa haastattelussa on nähtävissä myös vaikutteita ratkaisukeskisestä terapiasta ja asiakastyöstä. Tässä työtavassa perustana on asiakkaan voimautuminen ja voimavaraistumisen vahvistaminen, itsemääräämisoikeus ja osallisuus. (Vänskä ym. 2011, 74–77.) Absetz ym. (2011) kuvaavat tätä voimautumisen tunnetta Ashfordin ym. (2010) käyttämällä pystyvyyden tunteella. Myönteisen palautteen avulla voidaan lisätä asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja muutoshalukkuutta. Sen sijaan ohjauksessa käytetty suostuttelu ja esteiden tunnistaminen voivat heikentää pystyvyyden tunnetta.

Yhtenä elintavan muutokseen liittyvänä menetelmänä, motivoivan haastattelun rinnalla, käytetään lyhyttä, vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa terveysneuvontaa, mini-interventiota eli puheeksiottoa. Puheeksiotossa kerrotaan asiakkaalle hänen elintapojen haitoista ja motivoidaan elintapamuutokseen sekä käydään läpi erilaisia hoitovaihtoehtoja. Tarvittaessa tueksi sovitaan vielä pari seurantakäyntiä. Keskustelua viedään eteenpäin potilaan ehdoilla. Mini-interventio noudattelee pitkälti motivoivan haastattelun periaatteita ja tukee systemaattista ohjausprosessia: puheeksiton, elintapariskien tunnistamisen, ohjauksen ja seurannan avulla. (Käypä hoito Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012; Käypä hoito Alkoholiongelman hoito 2011; Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013; Seppä 2008.)

Elintapaohjaukseen liittyvä mini-interventio on myös oleellisessa osassa lihavuuteen, tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyviä Käypä hoito – suosituksia. Edellä mainituissa ohjeistuksissa on havaittavissa pieniä eroja. Lihavuuden hoidossa puheeksioton lisäksi korostetaan tavoitteen määrittämistä ja kirjaamista. Käypä hoito -suositusten tupakasta vieroituksessa puolestaan esitellään mini-intervention kuvauksessa myös *kuuden K:n malli*, joka kytketään muutosvaiheen toiseen osaan. Niin ikään alkoholismin hoitosuosituksessa luonnehditaan lyhyesti puheeksioton kulkua *RAAMI -mallin* avulla. (Käypä hoito Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012; Käypä hoito Alkoholiongelman hoito 2011; Käypä hoito Lihavuus aikuiset 2013; Aalto, Seppänen ja Seppä 2008, 18–19.) Mini-intervention tehokkuutta tukevat asiakkaan oman käyttäytymisen havainnointi ja seuranta, erilaiset testitulokset (paino, BMI) sekä seuranta ja palautteenanto osana rutiinikäyntejä. (Absetz ym. 2011).

Edellä kuvatut interventiot kohdistuivat lähinnä yksilön ohjaukseen. Terveystieteiden tutkimuksissa toteutetuilla laajemmilla interventioilla eli elintapamuutosohjelmilla ja -hankkeilla puolestaan tähdätään väestöryhmien toiminnan muutokseen. Kyse on pitkäjänteisestä työstä, kuten parhaillaan meneillään olevassa ”Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2012 – 2015 -hankkeessa.” Konkreettisina lihavuuden ohjaustyöhön liittyvinä toimintamenetelminä julistuksessa mainitaan muun muassa moniammatillinen yhteistyö, lihavuuden hoidon hoitoketjujen määrittäminen, hoitosuositukset, lihavuuden tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, voimaannuttava ja motivoiva haastattelu, ryhmätoiminta, itsehoitopisteet sekä materiaalit ja nettipalvelut. (THL 2013.) Intereventioiden vaikuttavuudesta Vijamaa, Uitti, Kurppa ja Juvonen-Posti (2012, 16) toteavat: ”Työterveysinterventioiden taloudellinen vaikuttavuus voi olla merkittävää, erityisesti jos työpaikka on panostanut asiaan merkittävästi.” Tällöin myös riskiryhmään kuuluvat, passiiviset työntekijät, saadaan mukaan toimin-

taan. Monialaisilla terveyttä ja työkyky edistävillä hankkeilla, kuten liikunnan lisääntyminen ja tupakkoinnin vähentyminen, onkin todettu olevan positiivisia vaikutuksia työntekijän työssä jaksamiseen, asenteisiin, käyttäytymiseen ja terveydentilaan. (Uitti, Sauni ja Laino 2007, 724–727.) Oleellista interventiossa onkin tiedon jakamisen lisäksi asenteiden ja toimintatapojen muokkaaminen sekä yhteistyön mahdollistaminen.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimusasetelmamme muodostuu työterveyshuollon kontekstista, työterveyshoitajan näkökulmasta sekä lihavuudesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan kokemuksia lihavasta asiakkaan elintapaohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota työterveyshoitajat voivat hyödyntää lihavien työterveyshuollon asiakkaan lihavuuteen puuttumisessa ja ohjaustyön kehittämisessä.

Tutkimustehtävät, joihin pyrimme vastaamaan olivat:

1. Mitä lihavuus aiheuttaa työntekijälle työterveyshoitajan kokemana?
2. Mitä elintapaohjauksen menetelmiä työterveyshoitaja käyttää edistääkseen lihavien työterveyshuollon asiakkaan työhyvinvointia?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Työmme lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii todellisen elämän tai ilmiön kuvaamiseen kokonaisvaltaisella tavalla ja ymmärtämään tutkittavaa kohdetta. Lähtökohtana on elämän kuvaaminen ja todellisuuden moniäänisyyden esiin tuominen. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä ihmisiä suositetaan tiedon keruun instrumentteina ja aineisto kootaan luonnollisissa tilanteissa. Aineistoa käsitellään ainutlaatuisena ja tulkitaan sen mukaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 85; Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2008, 157–160.) Lähestymistapa soveltuu hyvin työhömmme, sillä tarkastelemme tutkittavien subjektiivisia kokemuksia ja heidän niille antamia merkityksiä. Pyrkimyksenämme on löytää ja paljastaa tosiasioita pikemmin kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Työmme ensisijainen tavoite on tuottaa kuvailevaa tietoa ilmiöstä. Laadullisen lähestymistavan soveltuvuutta lisäsi tutkimuksen luonteeseen liittyvä joustavuus. Voimme tehdä muutoksia, tarkennuksia ja tulkintaa läpi koko tutkimusprosessin, toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.)

5.2 Aineiston keruu ja tiedonantajat

Aineiston keruuna käytimme teemahaastattelua. Hirsjärvi ym. (2008, 199–202) ovat koonneet yhteen keskeisempiä haastatteluun aineistonkeruumenetelmänä liittyviä etuja ja haittoja. Työmme kannalta merkittävin tekijä oli työterveyshoitajan rooli aktiivisena tiedontuottajana. Tämän lisäksi haastattelun etuna oli myös sen joustavuus. Haastattelija oli suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, jolloin tilanteessa oli mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä, selventää ilmauksia, oikaista väärinkäsityksiä, pyytää perusteluja ja saada selville vastausten taustalla olevia motiiveja. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 73; Hirsjärvi ja Hurme 2011, 34–35.)

Erityisesti teemahaastattelun avoimuus ja joustavuus soveltuivat hyvin asettamaamme tutkimustehtävään. Teemahaastattelu ei etene tarkkojen, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan tiettyjen ennalta suunniteltujen teemojen pohjalta. Haastattelussa huomioidaan ihmiset heidän merkityksenantajina ja annetaan tilaa tutkittavien vapaalle puheelle. Samanaikaisesti huolehditaan, että ennalta päätetyt teemat keskustellaan kaikkien tutkittavien kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48, 66; Eskola & Suoranta 1998, 86–87.) Haastattelun aihealueet määrittyivät tutkimustehtävämme mukaan, jotka liittyivät lihavuuteen ja sen elintapaohjaukseen.

Haastattelussa on myös omat haasteensa. Näistä Hirsjärvi ym. (2008, 202) tuovat esille kielelliseen kommunikointiin sisältyvät ongelmat kuten luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntyminen, stereotyyppisten vastausten antamisen ja myös sen, että haastattelu vie aikaa enemmän kuin kyselyihin vastaaminen. Valmistauduimmekin näihin haasteisiin testaamalla haastattelukysymyksiä ja haastattelutaitojamme esihaastattelun avulla. Esihaastateltavana toimi terveyskeskuksen vuodeosaston hiljattain eläköitynyt osastonhoitaja. Esihaastattelusta saatujen kokemusten ja nauhoituksen perus-

teella arvioimme haastattelutilanteen kulkua ja omaa haastattelijan rooliaamme sekä muokkasimme haastattelurunkoa.

Opinnäytetyön tutkimusluvan saimme erääseen itäsuomalaiseen työterveyshuoltoon. Yhteydenotot tiedonantajiin ja heidän valintansa sekä haastattelun suostumuslomakkeen välittäminen tiedonantajille allekirjoitettavaksi tapahtui toimeksiantajamme avulla. (LIITE 1.) Vilkan (2005, 114) mukaan tiedonantajia valittaessa on tärkeää, että heillä on omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. Tiedonantajien valinnassa toimeksiantajamme painottikin, toiveemme mukaisesti, haastateltavien eri työyksiköistä saamaa työkokemusta. Toimeksiantajamme sopi myös tiedonantajien kanssa haastatteluaikat.

Saadaksemme haastatteluista mahdollisimman paljon tietoa lähetimme haastattelun aihealueet ja esimerkkikysymykset sähköpostitse toimeksiantajamme välityksellä ennen haastattelua tiedonantajille. (LIITE 2.) Opinnäytetyömme tiedonantajina toimivat neljä itäsuomalaisessa työterveyshuollossa työskentelevää naispuolista työterveyshoitajaa. Ikänsä puolesta he sijoittuvat 32–58 välille. Työkokemusta työterveyshuollossa työskentelystä heillä oli 2–15 vuotta.

5.3 Haastattelutilanteen kuvaus

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jotta jokaisella haastateltavalle jäi aikaa miettiä ja pohdita vastauksiaan rauhassa. Haastattelun alussa kerrattiin vielä haastateltaville opinnäytetyömme aihe, tarkoitus ja tavoitteet sekä kerrottiin haastattelun luottamuksellisuus, anonyymisuus ja vapaaehtoisuus. Ennen haastattelua muistutimme, että haastattelut nauhoitetaan, ja että nauhoitteet hävitetään työn valmistumisen jälkeen. Haastattelutilanteen alussa jutustelimme myös aiemmista työkokemuksistamme ja yhteisistä tuttavista, joita yllättäen ilmeni kaikkien haastateltavien kanssa. Tämä kevensi haastatteluilmapiiriä heti alussa, ja keskustelu jatkui luontevasti varsinaiseen aiheeseen.

Haastattelut toteutettiin työterveyshoitajien omilla työpaikoilla työvuorojen aikana aamupäivällä, kahdessa eri toimipisteessä. Haastattelutilanne oli keskeytyksetön ja häiriötön, myös haastattelija ja haastateltavat olivat rauhallisia ja kiireettömiä. Tiedonantajat olivat innostuneita haastateltavasta aiheesta ja motivoituneita pohtimaan lihavuuden ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä. He kokivat haastattelun aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi tutkimisen kohteeksi lihavuuden yleisyyden ja lisääntymisen vuoksi. Haastatteluja varten varattu aika oli riittävä kaikkien kysymysten esittämiseen. Haastattelut etenivät luontevasti aiheesta toiseen, ja kaikki teema-alueet käytiin läpi. Haastattelutilanteen intensiivisyydestä kertoi, että eräs haastateltavista totesi haastattelun lopuksi: ”Mä oon kyllä nyt aika tyhjä!” Haastattelujen kestot olivat 30–60 minuuttia ja ne nauhoitettiin aineiston analysointia varten.

5.4 Aineiston analysointi

Työmme analyysin aineisto muodostui neljän työterveyshoitajan haastatteluista. Sanatarkasti litteroitua aineistoa näistä kertyi 32 sivua (rivinväli 1,5). Aineiston analysoinnissa käytimme laadullisena tekstianalyysinä tunnettua sisällönanalyysia, jonka antaman pelkistetyn ja tiivistetyn yleiskuvan avulla

la tulokset on mahdollista sitoa laajempaan kontekstiin. Sisällönanalyysin etuna työssämme on sen tarjoama väljä analyysikehys, jonka avulla voidaan havainnollistaa aineiston inhimillisiä merkityksiä, seurauksia ja suhteita. Se ei tarjoa mitään yhtenäistä ohjetta analyysin tekemiseen, vaan sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta pyritään löytämään ja erottamaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet vertailun avulla. (Seitamaa-Hakkarainen 1999.)

Sisällönanalyysia voi käyttää aineiston analysoinnissa teorialähtöistä eli deduktiivista, aineistolähtöistä eli induktiivista ja teoriasidonnaista eli abduktiivista otetta käyttäen. Opinnäytetyömme aineiston analyysinä käytimme teoriasidonnaista analyysiä, jota voidaan kuvata aineistolähtöisen ja teorialähtöisen analyysin välimuodoksi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä muodostetut luokat kumpuavat aineistoista tehdyistä havainnoista. Teoriasidonnaisessa lähestymistavassa puolestaan tutkijalla on aiempien tutkimusten pohjalta muotoutunut esiymmärrys siitä, mitä aineisto sisältää. Tämän lisäksi hän on ”avoin” aineistosta nouseville uusille käsitteille ja luokille. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 117–220.) Teoriasidonnaiseen lähestymistapaan liittyvä joustavuus antoi meille hyvän pohjan analyysiin tekoon. Se loi tietyt puitteet edetä aineiston käsittelyssä, silti rajoittamatta liikaa aineistoon liittyvää moniäänisyyttä.

Teoriasidonnainen sisällönanalyysi etenee aineistolähtöisen analyysin periaatteiden mukaisesti. Niinpä sovelsimme Tuomi ja Sarajärven (2009) esittämää aineistolähtöistä sisällönanalyysin mallia. Tämä kahdeksanvaiheisen prosessin yksinkertaistimme kolmivaiheiseksi: aineiston pelkistämisen eli redusoinnin, klusterionnin eli ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli kokoavan käsitteiden muodostamisen avulla. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 103–104, 109, 113.)

Lyhyesti kuvattuna ymmärsimme analyysin ensimmäisen vaiheen eli sisällönanalyttisen lukutavan ohjaavan meitä tarkastelemaan haastatteluissa tuotettua tekstikokonaisuutta nimenomaan kielellisinä merkityskokonaisuuksina, ennemmin kuin kielen rakenteellisina yksityiskohtina. Aineiston merkityskokonaisuuden hahmottaminen vaati systemaattista lukua. Niinpä ennen litterointia kuuntelimme kaikki neljä haastattelua useaan kertaan. Litteroimme nauhat sana sanalta, mutta emme kirjoittaneet äänenpainotuksia tai tunneilmaisuja tekstiin. Aukikirjoitettuihin haastatteluihin perehdyimme lukemalla niitä useaan kertaan. Jo haastattelujen kuuntelun, litteroinnin ja systemaattisen aineistoluvun aikana aineiston pelkistettyjä ilmaisuja kirjattiin muistiin.

Analyysin seuraavassa vaiheessa, ryhmittelyssä, rajasimme aineistoa ja yhdistelimme samoja asioita tarkoittavat merkitykset yhdeksi kokonaisuudeksi eli luokiksi. Haastattelujen litteroidusta tekstistä eroteltiin olennaiset asiaryhmät aluksi tekstinkäsittelyn lihavoitua apuna käyttäen ja sitten paperituosteisiin erivärisillä kynillä alleviivaten. Näin aineistosta saatiin erotettua eri aihealueet omiksi alaluokiksi ja annettua sisältöä kuvaava nimi. Värikynien käyttö mahdollisti myös sen, että tarvittaessa pystyimme palaamaan tiettyihin aineiston aihealueisiin ja tarkentamaan esille nousseita asioita.

Ryhmittely ja aineiston käsitteellistäminen etenivät rinta rintaan. Tämä oli työmme kriittisin vaihe, sillä tekstin sisältämät ilmaisut ja merkitykset syntyivät usein suhteessa aikaisempaan tekstiin ja asiayhteyteen. Niinpä sisältöluokat usein rinnastuivat, limittyivät ja tuottivat kausaalisia suhteita kes-

kenään. Kiinnittämällä huomiota analyysiyksikön ominaispiirteiden samanlaisuuksiin ja erilaisuuksiin selvitimme, miten ilmaisut vastasivat tutkimustehtävässämme esittämiin kysymyksiin, ja miten ne muodostivat alempia ja yleisempiä teemakokonaisuuksia. Jatkoimme vielä alaluokkien jälkeen käsitteellistämistä ja aineiston tiivistämistä yhdistämällä samansisältöiset alaluokat toisiinsa ja antamalla syntyneelle yläluokalle sisältöä kuvaava nimi. (LIITE 3.) Näin aineiston käsitteellistäminen kehittyi syklisesti aineiston analysoinnin edetessä.

6 TULOKSET

Haastattelumateriaalin sisällönanalyysin perusteella ryhmittelimme tulokset neljään pääluokkaan: ohjauksen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät, lihavuus työyhteisössä, hoitotyötä ohjaava holistinen ihmiskäsitys sekä lihavuus ja tulevaisuuden ohjauksen haasteet. *Ensimmäinen pääluokka*, ohjauksen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät jakaantuivat kolmeen alaluokkaan, jotka olivat: taloudellinen tilanne; resurssit ja työnjako; ohjaajan ja asiakkaan yksilölliset tekijät sekä ohjaajan ammattitaito. *Toinen pääluokka*, lihavuus työyhteisössä, puolestaan jakaantui sisällöllisesti kahdeksi alaluokaksi, jotka olivat: työssä jaksaminen ja työkyky sekä lihavuus ja yksilölliset tekijät. *Kolmas pääluokka*, hoitotyötä ohjaava holistinen ihmiskäsitys, sen sijaan jakaantui useampaan sisältöluokkiin, jotka olivat: tuki itsevastuullisuuteen; ohjauksen voimavaralähtöisyys; ohjauksen ongelmakeskeisyys, yksilöllisyys ja kasvatuksellisuus sekä kehämäinen elintapaohjausprosessi. *Neljäs pääluokka*, lihavuus ja tulevaisuuden ohjauksen haasteet, jakaantuivat sisällöllisesti kahteen alaluokkaan: lihavuus tulevaisuudessa ja ohjaus tulevaisuudessa (ks. Liite 3.).

6.1 Ohjauksen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät

Ohjaustilanteen vuorovaikutukseen vaikuttivat työterveyshuollon taloudellinen tilanne ja resurssit sekä henkilöstön välinen työnjako. Osasyynä painonhallintaohjauksen pintapuolisuuteen oli työterveyshoitajien mukaan resurssien puutte, koska työterveysvastaanottoaika on rajallinen ja työterveyshoitajien tulee toimia työterveyshuoltosopimusten mukaisesti. Osa työterveyshoitajista keskusteli hyvinkin tarkkaan lihavuuteen liittyvistä asioista, kun taas toiset käsittelivät aihetta pintapuolisesti. Pintapuolinen lähestymistapa perustui osittain myös asiakaslähtöisyyteen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, sillä kaikki lihavat asiakkaat eivät halunneet lihavuuteensa puututtavan tai he olivat tyytyväisiä olotilaansa.

Terveystarkastuksessa ei ehdi aina paneutua riittävästi lihavuutta aiheuttaviin tekijöihin ja sen kertomiseen, miten lihavuus vaikuttaa työhyvinvointiin ja terveyteen yleensä. Terveystarkastuksen aika on rajallinen, ja lihavuuteen puuttuminen on vain yksi osa terveystarkastusta. Lihavuus ei ole välttämättä terveystarkastushetkellä tärkein hoidettavissa oleva asia. Toisaalta myös työterveyshuollon ja asiakasyrityksen tekemät sopimukset työterveyshuollon laajuudesta määrittivät elintapaohjauksen syvällisyyden.

Terveystarkastukseen käytettävän ajan rajallisuuden vuoksi työterveyshoitajan täytyi priorisoida tarkastuksessa läpikäytäviä asioita. Työterveyshoitajat kertoivatkin ohjaavansa lihavuutensa hoidosta kiinnostuneen asiakkaan jatkokäynnille ravitsemusterapiaa antavan sairaanhoitajan vastaanotolle tai uudelleen omalle vastaanotolleen tarkoituksena paneutua pelkästään terveelliseen ravitsemukseen ja liikuntaan. Vastauksista kävi ilmi, että työterveyshoitajat kokivat jopa viikoittain tapahtuvat kontrollikäynnit tarpeellisina liHAVAN asiakkaan tukemiseksi.

Työterveyshoitajat kertoivat myös lääkärin osallistuvan lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon osana työterveyskäyntiä. Lääkäri tulkitsi verikokeiden perusteella saadut verensokeri- ja rasva-arvot ja

ohjasi tarvittaessa jatkokäynnille työterveyshoitajan luokse ravitsemus- ja liikuntaohjaukseen sekä järjesteli lääkinälliseen hoitoon ja kuntoutukseen pääsyä.

Tämän hetkisen taloudellisen tilanteen koettiin liittyvän myös ryhmäohjauksen puuttumiseen, koska ryhmäohjaukset ovat yleensä työnantajan kustantamia.

”Meillä on niinku sarkaa tällä puolella aika paljon. Ehkäisevä työ, mutta, yhteiskunta ei oikeen ymmärrä. Tarvittais uusia resursseja lissää. Sillon vast se, se piste iin päälle!”

”Me olemme sitä ryhmäohjausta myös ehottaneet, tyssää siihen hintaa.”

Lihavuuden ennaltaehkäisyyn tarvittaisiin lisää resursseja, jotta työterveyshuolto pystyisi riittävästi edesauttamaan asiakkaidensa työhyvinvointia painonhallinnan keinoin. Eräs haastateltavista tokaisikin seuraavasti:

”Meillä on niinku sarkaa tällä puolella aika paljon. Ehkäisevä työ, mutta, yhteiskunta ei oikeen ymmärrä. Tarvittais uusia resursseja lissää. Sillon vast se, se piste iin päälle!”

Elintapaohjaus koettiin tehokkaaksi, kun se oli konkreettista, yksinkertaista ja käytännönläheistä, ja sitä toteutettiin moniammatillisen työryhmän voimin jakaen ohjausvastuuta muun muassa työterveyslääkäriin, työterveyshoitajaan, työfysioterapeutin, työpsykologin ja ravitsemusterapeutin kesken. Tällöin toteutui myös työterveyshuollon tavoite toimia asiantuntevasti, eettisesti, ammatillisesti ja parhaan mahdollisen näyttöön perustuvan tiedon mukaan.

Painonhallinnan ohjauksen vuorovaikutukseen vaikuttavat myös ohjaajasta ja asiakkaasta lähtevät yksilölliset tekijät. Painonpudotuksen aloittaminen vaati jonkin konkreettisen alkusysäyksen kuten huonot veriarvot tai kiristävän housunkauluksen. Osa asiakkaista ohjautui vastaanotolle lääkärin lähettämänä, osa oma-aloitteisesti. Eräs työterveyshoitaja toi myös esille, että lihavan täytyy olla sopivassa, tasapainoisessa mielentilassa, ennen kuin painonpudotusta aletaan edes miettiä.

Painonhallinnan nähtiin vaativan myös motivaatiota, joka ihmisen pitää löytää itsestään painonhallinnan onnistumiseksi. Osa haastateltavista toi esille joidenkin lihaviin ihmisten käsityksen, että oma terveys pystytään ulkoistamaan terveydenhuollon ammattihenkilöille. Eräs haastateltavista koki, että painonhallinnan ohjauksesta kieltäytyjien määrä on kuitenkin vähentynyt, ja toinen kertoi ylipainoisten asiakkaiden suhtautumisen painonhallintaan olevan erittäin positiivista.

Eräs työterveyshoitaja kertoi aloittavansa elintapaohjauksen kysymällä asiakkaalta, mitä hän haluaa saavuttaa laihtumisellaan. Elintapamuutokseen liittyvässä ohjauksessa edetään tilanteen mukaan yksilöllisesti. Itsevastuullisuus ja vapaaehtoisuus olivat kaikkien haastateltavien mielestä keskeisiä tekijöitä tuloksellisen elintapaohjauksen kannalta. Painonhallintaohjauksesta kieltäytymisen taustalla ko-

ettiin olevan häpeä keskustella ylipainosta, tyytyväisyys nykyiseen olotilaan, lihavuuden vähättely tai sen hetkinen vaikea elämäntilanne.

”Ohjaaminen riippuu kunnosta ja oireista ja tapahtuu voinnin mukaan. Pienin kukon askelin edetään, arkiliikuntaa lisätään.”

Myöskään lihavuudesta ns. paasaamista ei nähty tehokkaana ohjausmenetelmänä. Sen sijaan kaikki terveydenhoitajat kokivat, että lihavan havahduttaminen huomaamaan ylipainon merkitys terveydelleen ja hyvinvoinnilleen olisi hyvä alkusysäys elintapamuutokselle. Työterveyshoitajan tärkeäksi tehtäväksi koettiin herättää lihava ajattelemaan omaa tilannettaan, tai sen ilmaiseminen, että olet itse vastuussa omasta terveydestäsi. Tärkeää olisi myös saada lihava ymmärtämään, että elintapamuutos on alku uudelle elämäntavalle.

”Yritän painottaa sitä, että se on elämäntapa. Että opittas tavallaan semmonen uusi tapa elää.”

Työterveyshoitajan rooli oli toimia innostajana, kannustajana, kiittäjänä ja motivoijana. Lihava tarvitsi myös ammatillista tukea pyrkiessään parantamaan työhyvinvointiaan painonpudotuksella ja elintapamuutoksella. Tärkeimpänä tekijänä onnistuneeseen elintapamuutokseen koettiin kuitenkin olevan lihavan omasta lähiyhteisöstä, kodista ja työyhteisöstä saama tuki ryhmäohjauksesta tai vertaistukiryhmistä saatavan avun jäädessä vähemmälle.

Painonhallintaa ohjaavan työterveyshoitajan ammattitaidolla oli merkitystä ohjaustilanteen vuorovaikutuksen onnistumiseen. Lihavuuteen puuttuminen nähtiin helppona, itsestään selvänä ja luonnollisena asiana, vaikka osa haastateltavista ei ollut käynyt painonhallintaan liittyvissä koulutuksissa työterveyshoitajaksi erikoistumisensa jälkeen. Hyvät perustiedot painonhallinnanohjauksesta oli siis saatu jo terveydenhoitajaopintojen aikana. Myös työterveyshoitajan omalla painolla koettiin olevan merkitystä painonhallintaohjauksen onnistumiseen.

”Jos minulla olisi paljon ylipainoa, mä en kuuna päivänä pystyis puhumaan mun asiakkaille painosta. Pitää pystyä itseki.”

Työterveyshoitajan oma aktiivisuus ja kiinnostus painonhallintaan liittyvistä tekijöistä sekä elämäkokemus edistivät ohjauksen vuorovaikutuksen onnistumista. Osa haastateltavista kertoi seuraavansa sähköisten viestimien välityksellä lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyviä asioita pysyäkseen ajan tasalla uusista linjauksista. Muun muassa Käypä hoito -suositus Lihavuus (aikuiset) oli käytössä. Osa työterveyshoitajista ei seurannut lihavuuteen liittyviä asioita omien sanojensa mukaan kovinkaan tarkasti. Eräs haastateltavista toi esille, ettei THL:n meneillään oleva kampanja lihavuuden kääntämisestä laskuun ollut noussut esille työnantajan taholta. Haastateltavat eivät muutenkaan tuoneet kampanjaa esille oma-aloitteisesti, vaan heiltä piti kysyä asiasta suoraan.

Myös omatoimisen painonhallintaan liittyvien asioiden opiskelun koettiin lisäävän työterveyshoitajan vuorovaikutustaitoja. Painonhallintaan liittyvää ohjausta oli opiskeltu diabeteskoulutuksen yhteydessä ja saatu työpaikalla diabeteksenhoitoon perehtyneeltä kollegalta. Mikäli koulutuksia ylipäättään oli, niihin hakeuduttiin omatoimisesti, ja ne olivat työnantajan kustantamia. Työyhteisössä järjestettävät tiedonjakotilanteet painonhallinnasta lisäsivät työterveyshoitajien ammattitaitoa. Lihavuus oli ollut joskus esillä työterveyshoitajien yhteisessä palaverissa.

6.2 Lihavuus työyhteisössä

Työyhteisössä lihavuus, työterveyshoitajien kuvaamana sairaalloinen, huomattava tai lievä lihavuus, näkyi konkreettisesti ulkonäön muuttumisena, ja terveysongelmat olivat aistittavissa lihavan ihmisen olemuksesta. Lihavuus liittyi työssä jaksamiseen ja työkykyyn niitä laskien. Lihavuus nähtiin päällepäin ilmenevänä huonon olon tilana, mikä liittyy myös ihmisen työhyvinvointiin aiheuttaen fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia ja oireita. Lihavuutta mitattiin painoindeksin (BMI) ja joskus vyötärönympäryksen avulla. Työterveyshoitajat kokivat, ettei lihava jaksa tehdä työtään, koska kunto loppuu kesken.

Lihavuuden ja mielialan alavireisyyden, jopa masennuksen välinen yhteys koettiin ilmeiseksi. Lisäksi lihavuuden nähtiin aiheuttavan myös työstä poissaoloja, jopa sairauskierteen aiheuttamaa pysyvää terveyden heikentymistä. Ihmisen oman asennoitumisen, mahdollisen häpeän tunteen tai välinpitämättömyyden omasta lihavuudestaan havaittiin vähentävän työkykyä. Lihavan koettiin antaneen periksi ylipainolleen. Yksilön lihavuudella nähtiin olevan merkitystä myös koko työyhteisön toimintaan. Lihavuus on kuitenkin niin yleistä, ettei tulla ajatelleeksi, että ongelmien syynä voisi olla ylipainosta lähtöisin olevat tekijät. Lihavuus on nyky-yhteiskunnassa yleisesti hyväksyttyä.

Lihavuuden syyt ovat moninaiset. Työterveyshoitajat mielsivät ihavuuden ikään kuin elintavaksi. Ruokaa käytetään palkintokeinona ”hyvästä työstä”. Ruoan ja herkkujen mainonta on runsasta, mikä liittyy niiden nauttimiseen. Ruokarytmitys koettiin vääräksi: Työikäiset syövät liian harvoin, jättävät aamupalan väliin, ja ruokailu keskittyy iltaan, jolloin haittana on ylensyönti. Varsinkin työpäivän aikana ravinto on vääränlaista: Rasvoja ja hiilihydraatteja saadaan liikaa, kuituja ja vitamiineja liian vähän. Liikuntaa harrastetaan vähän ja varsinkin arki- ja työmatkaliikunta on liian vähäistä. Monen todettiin ajavan autolla pienetkin matkat, vaikka ne olisi voinut tehdä jalan tai pyörällä. Tupakoinnin ja alkoholin runsaan käytön todettiin myös liittyvän lihavuuteen. Esille nousivat myös unen ja stressin merkitys sekä perimä lihavuutta aiheuttavina osatekijöinä.

Haastateltavat näkivät lihavuuden liitännäissairauksien heikentävän työntekijän työkykyä. Lihavilla todettiin olevan paljon diagnosoituja tuki- ja liikuntaelinvaivoja johtuen ylipainon aiheuttamasta nivelten ylikuormituksesta. Vaivoja ilmenee muun muassa polvilla, lonkissa, olkapäissä, kyynärpäissä ja rannenivelissä. Työterveyshoitajat havaitsivat lihavuuden lisäävän riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Heidän mukaansa lihavan asiakkaan veren kolesteroli- ja sokeriarvot sekä verenpaine ovat koholla, ja osa haastateltavista puhuikin tässä yhteydessä metabolisesta oireyhtymästä. Esille nousi myös lihavuuden vaikutus hengityselimistön rasittumiseen.

”Sydän alkaa reistaamaan. Keuhkot alkaa reistaamaan. Kierre. Sairauslomia alkaa tulla tosi paljon.”

Työterveyshoitajien näkemyksien mukaan lihavuutta esiintyi joissain työyhteisöissä enemmän kuin toisissa. Lihavuuden ei koettu kuitenkaan olevan selkeästi juuri miesten tai naisten ongelma, vaan lihavuutta esiintyi molemmissa sukupuolissa. Työterveyshoitajat vastasivat lähes yksimielisesti lihavuuden olevan pääsääntöisesti yli 50-vuotiaiden ongelma. Yksi haastateltavista arvioi lihavuutta esiintyvän eniten yli 40-vuotiaiden keskuudessa. Myös koulutustaustan suhteen haastateltavilla oli eriäviä mielipiteitä. Osa vastasi lihavia esiintyvän kaikissa ammattiryhmissä, kun taas joidenkin mielestä lihavuutta esiintyi enemmän kouluttamattomampien keskuudessa johtuen heidän huonommista elintavoistaan.

Haastatteluista nousi esille kolme ammattiryhmää, joiden joukossa lihavuutta esiintyy erityisesti: hoitotyöntekijät, kuljetusalan ammattilaiset ja toimistotyötä tekevät. Eräs haastateltava koki ns. ”äijä-kulttuurin” olevan lihavuutta ylläpitävä ja edistävä tekijä. Lihavuutta esiintyi hänen mukaansa tavallista enemmän juuri miesvaltaisella kuljetusalalla. Nimenomaan istumatyön koettiin lisäävän lihavuuden esiintyvyyttä.

6.3 Hoitotyötä ohjaava holistinen ihmiskäsitys

Ohjaustilanteet rakentuivat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa edeten hoitotyötä ohjaavan holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti, joita ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, voimaannuttaminen (empowerment), kestävä kehitys, tasa-arvo, osallistuminen ja asiakasnäkökulma. Ohjaus perustui asiakkaan tarpeisiin sekä asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen yhteistyöhön. Ohjauksessa painottui asiakaslähtöisyys sisältäen ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittamisen. Asiakkaalle ei annettu suoria ohjeita ja neuvoja ja paasattu hänen lihavuudestaan, koska ”se ei todellakaan mene perille”. Ketään ei voida alkaa holhota, vaan elintapojen muuttaminen perustui ”loppupelissä kyllä vapaaehtoisuuteen”, koska ”jokainen me vastataan itse itsestämme”. ”Meidän pitää myös kunnioittaa sitä”. Ketään ei lähdetty ”paapottamaan”, vaan kyseltiin, haluaisiko asiakas apua elintapojensa muuttamisessa.

Asiakkaita voimaannutettiin muuttamaan elintapojaan pysyvästi terveellisempään suuntaan tukemalla ja kannustamalla heitä tekemään muutoksia arkipäivän ratkaisuissa. Elintapamuutoksen lähtökohdaksi oli asiakkaan osallisuus muutosprosessin suunnittelussa. Ongelmakohtia käytiin läpi keskustelemalla tasa-arvoisesti käyttäen apuna ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevää materiaalia, sekä konkreettisen toiminnan kautta, esimerkiksi valmistamalla yhdessä terveellistä ruokaa. Elintapaohjauksen onnistuminen edellytti ohjaajan empaattisuutta ohjattavaa kohtaan. Terveystenhoitajat kokivat empatiakyvyn karttuvan elämäkokemuksen myötä. Oman esimerkin voima koettiin myös merkittävänä ohjauksen onnistumiselle. Lisäksi esille nousi ohjauksen tarkoituksenmukaisuus asiakkaan kulloisenkin elämäntilanteen mukaan. Jos asiakkaalla on ”mielenpäällä semmosia asioita niin ku jotka on niinku akuuteimpia, ni en mä sitten lähe puuttumaan siihen painoasiaan”.

Elintapaohjauksen sisältöä ja määrää ohjasivat työterveyshuollon lainsäädäntö ja hyvä työterveyshuollonkäytäntö. Painonhallinnan ohjaus tuli sisällyttää työterveyshuollossa tehtäviin määräaikaistarkastuksiin. Työterveyshoitajien ohjaustyön sisältö perustui Käypä hoito – suosituksiin (kuten Lihavuus aikuiset) sekä suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Ohjauksen apuna käytettiin diabetes- ja fysioterapialiittojen tuottamia ohjausmateriaaleja, ”Kunnossa kaiken ikää” – ohjauslehtistä sekä asiantuntijaluennoilta saatua uusinta tietoa. Kelan kustantamat kuntoutukset koettiin tehokkaina elintapaohjauksen keinoina.

Elintapaohjaus toteutettiin työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän yhteistyönä. Asiakkaan tukena oli yksilöllisen tarpeen mukainen moniammatillinen työryhmä, työterveyshoitajan lisäksi esimerkiksi työterveyslääkäri, työpsykologi, ravitsemusterapeutti ja työfysioterapeutti. Lihavan asiakkaan hoitolinjoja ohjasivat esimerkiksi verenpaine- ja sokeritautipotilaan hoitoon laaditut hoitopolut. Kuntoutukseen ohjaaminen ja sieltä saatu yksilö- ja ryhmätuki edistivät elintapaohjauksen vaikuttavuutta.

Lihavan asiakkaan elintapaohjausta säätelivät myös työterveyshuollon yhteistyö henkilöstöhallinnon ja työnjohdon kanssa. Työterveyshuoltosopimukset määrittivät, minkä verran työterveyshoitajalla oli mahdollisuus käyttää resursseja elintapaohjaukseen, ja minkälaisia jatkotoimia lihavuuden hoitoon oli käytettävissä. ”Lihavuus on vaan yks’ osa-alue” määräaikaistarkastuksissa läpi käytäviä asioita, ”eikä siihen voi käyttää hirveesti aikaa”. Työterveyshuollolta vaadittiin kuitenkin tehokkuutta myös lihavuusasian hoidossa.

”Se pitää olla se paketti aika tehokas niille. Että, se menee perillle. Että, tehä niinkun ne faktat”.

Työterveyshuollossa tehtävän toiminnan tavoitteena oli pyrkiä lisäämään työntekijän mahdollisuuksiin huolehtia omasta terveydestään ja työkyvystään eli tukea asiakasta itsevastuullisuudessa. Lihava asiakas pitää saada motivoitumaan ja ottamaan itse vastuu omasta terveydestään. Konkreettiset esimerkit herättävät asiakkaan huomaamaan, minkälaisilla elintapamuutoksilla hän voi hallita painoaan. Asiakas saadaan huomaamaan, että ”vaivat saattavat johtua painosta”, ja että ”työssä jaksaa paremmin” painon pudottua.

Elintapaohjauksessa korostuivat asiakkaan voimavaralähtöisyys, strukturaalisuus sekä ihmisten omien mahdollisuuksien lisääminen (promotiivinen ohjaus). Ohjauskeskusteluissa nousi esille asiakkaan omat mahdollisuudet ja voimavarat lähteä muuttamaan elintapojaan. Eräs työterveyshoitaja sanoi-

”Et mä en niinku kerro hänelle kaikkea, vaan mä niinku kerron hänelle, mistä tässä lihavuudessa on kyse, voi seurata. Ni käyvään ne painopistealueet, et mitä pitää tarkentaa”.

Yhtenä keinona huomaamaan omien mahdollisuuksien lisääntyminen painon laskun myötä oli pyytää asiakasta kirjoittamaan itselleen kirje puolen vuoden päähän. Tätä ohjauksen lähtökohtaa kutsuttiin ”health every size” – näkökulmaksi. Ohjauksen lähtökohta oli asetetun tavoitteen saavuttaminen painonlaskun myötä:

”Haluaako mahtua johonkin farkkuihin, haluaako itselleen palkinnoksi ulkomaanmatkan tai mitä niinku haluaa”. Asiakas ”huomaa, että työssä jaksaa paremmin”.

Ohjauksessa korostuivat myös ongelmakeskeisyys, yksilöllisyys ja kasvatuksellisuus. Ohjaus oli preventiivistä (ennaltaehkäisy), jolloin pyrittiin ehkäisemään alttiutta sairastua ja sairauden pahentumista. Yleensä elintapaohjaukseen ohjautumisen lähtökohtana olivat ongelmat korkeiden verenpaineiden tai verenpaine- arvojen kanssa sekä metaboliseen oireyhtymään viittaavat tekijät.

”Voi olla verensokerit koholla, ja sitten verenpaineet koholla ja sillä tavalla että, siltä mä pystyn sitten ohjaa lääkärille ja niillä sitten on metabolinen oireyhtymä voi olla taustalla”.

Yksilöllisessä elintapaohjauksessa korostui kasvatuksellisuus. Asiakkaalle annettiin tarkkaa tietoa epäterveellisten elintapojen merkityksestä hänen terveydelleen ja työhyvinvoinnilleen sekä ohjattiin tarvittaessa tehokkaampien hoitojen pariin. Ruokavaliosta ja liikuntatottumuksista käytiin yhdessä läpi ”kompastuskiviä, et miks’ se paino tahtoo nousta”.

Elintapaohjaus eteni kehämäisen ohjausprosessin mukaan, johon sisältyy ohjauksen tarpeenmäärittely, suunnittelu, ohjausmenetelmien valinta ja läpikäydyn prosessin arviointi. Terveysneuvonnan tarpeen tiedonkeruussa korostuivat biofysiologiset ja epidemiologiset tekijät. Elintavat ovat muuttuneet kiireisen elämänrytmin vuoksi lihavuutta edistäviksi. Ihmiset eivät jaksakaan enää työpäivän jälkeen kiinnittää huomiota ruokailutottumuksiinsa tai lähteä liikkumaan. Eräs työterveyshoitaja syytti

”tämän päivän ruokakulttuuria. Ihmiset tykkää vaan olla siellä. Liikunta jää. Syödään hyvin ja nautitaan vaan. Kaikki tavallaan se ylisyöminen. Että työ on niin raskas niin saan lepytellä ja tavallaan palkita itseään sillä, että syö liian paljon”.

Lihavuuteen liittyi haastateltavien mukaan hyvin usein muun muassa korkeat verenpaineet ja verensokerit, tuki- ja liikuntaelinvaiat, päihteiden käyttö ja masennus. Lihavuuden taustalla olevat syyt selvitettiin ennen ohjausmenetelmän valintaa, jotta ”se motivois’ sitten tekemään niitä muutoksia”. Työterveyshoitajat kokivat tärkeänä jo päiväkodissa ja koulussa tehtävän ennaltaehkäisevän työn myös työiässä tapahtuvan elintapaohjauksen onnistumisen kannalta. Ja vaikka terveellisiin elintapoihin on jo panostettu valtakunnallisestikin muun muassa THL:n ”Kansallisen hyvinvointiohjelman” keinoin, työterveyshoitajat kokivat, että

”yhteiskunta ei oikeen ymmärrä. Tarvittais uusia, uusia resursseja lissää. Sillon vasta se, se piste iin päälle”.

Terveysneuvonnan tarpeen tiedonkeruussa korostuivat myös kognitiivis-emotionaaliset tekijät. Ihmisen pitää olla henkisesti valmis ryhtymään painonpudotukseen ja elintapamuutokseen. Kun asiakkaan ongelmat ovat kertyneet pitkältä ajalta ja lihavuuden syyt ovat näin ollen moninaiset, on perin pohjainen tiedonkeruu ennen elintapaohjausprosessin suunnittelua välttämätöntä.

Elintapaohjaus suunniteltiin työterveyshuollossa tehtyjen terveystarkastuksissa kertyneiden tietojen perusteella. Työterveyshoitajat kokivat lihavuuteen puuttumisen olevat yksi osa työterveyshoitajan työtä. Kun lihavuus tuli esille työhöntulotarkastuksen- tai määräaikaistarkastuksen yhteydessä, ja mikäli asiakas halusi, hänen kanssaan suunniteltiin hänelle sopiva henkilökohtainen painonhallinnan hoitopolku. Työterveyshoitaja ja asiakas sopivat yhdessä määräaikaistarkastusten ajankohdat ja painonhallinnan keinot. Apuna käytettiin myös moniammatillista työryhmää ja kuntoutuksia ryhmäohjauksineen.

Elintapaohjausmenetelmien valinta tehtiin yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja sen hetkisten voimavarojen perusteella. Työterveyshoitajan tehtävänä oli kannustaa asiakasta löytämään itselleen sopiva toimintamalli painonpudotukseen sekä ottamaan vastuu omasta terveydestään. Ohjauksessa korostuikin humanistinen ihmiskäsitys: yksilön kasvua, itseohjautuvuutta ja vastuullisuutta korostava ohjaus. Eräs työterveyshoitaja totesikin,

”ett minä aina sanon niille, ett minä en tee teijän puolesta yhtään mittään, vaan se pitää lähteä omien korvien välistä”.

Työterveyshoitajan tehtäväksi koettiin asiakkaan motivointi ja ”kimmokkeen antaminen” elintapojen muuttamiseen.

”Et pääsis alkuun, sen kynnyksen ylittäminen” koettiin merkitykselliseksi alkusysäykseksi elintapamuutokseen.

Elintapaohjauksessa korostuivat ymmärtämisen merkitys ja opitun asian siirtovaikutus uudessa tilanteessa (konstruktivismi) sekä behavioristisen oppimiskäsityksen mukainen ohjaus (mallioppiminen). Työterveyshoitajat kävivät läpi suomalaisia ravitsemussuosituksia tietokoneen näytöltä, ohjelehtisten tai –kansioiden kuvien avulla, koska heidän kokemuksensa mukaan näin menetellessä ”ihmisille jää paljon enemmän” mieleen. Vaikka elintapaohjauksessa käyty asia olikin monille tuttua entuudestaan, haastateltavien mukaan tuttujenkin asioiden läpikäynti herätti lihavan ajattelemaan elintapojaan syvällisemmin. Eräskin asiakas oli tokaissut,

” et eiks´ se jumankauta ollukaan mitään highteckii! Eikö sulla ollukkaan mittään uutta antaa?!”

ja innostunut muuttamaan elintapojaan. Myös liikunnan tärkeyttä painonhallinnassa korostettiin muun muassa ”Kunnossa kaiken ikää”- ohjelehtisen avulla, jossa oli konkreettisia ohjeita liikunta-aktiivisuuden lisäämiseksi painonpudotukseen.

Lähes kaikkeen ohjaukseen sisältyi väistämättä myös asiantuntijakeskeisen oppimiskäsityksen mukaista ohjausta. Terveystarkastusten yhteydessä työterveyshoitajat ohjasivat ja antoivat sitten ”luettavaa materiaalia” aina, mikäli paino-ongelmia ilmeni. Ohjauksessa ”käytiin läpi painopistealueet” Käypä hoito – suositusten (kuten Lihavuus aikuiset) ja ravitsemussuositusten mukaisesti. Työterveyshoitajat antoivat myös suoria ohjeita ravitsemuksen ja liikunnan suhteen.

Edellä käsitellyn kehämäisen elintapaohjausprosessin viimeinen vaihe oli läpikäydyn ohjausprosessin arviointi. Lihavuuden elintapaohjauksessa huomioitiin asiakkaan tarvitsema niin tiedollinen, käytännöllinen kuin emotionaalinen tuki. Asiakasta tuettiin esimerkiksi kertomalla hänen työmatkaliikuntansa terveellisyydestä. Asiakkaita kiitettiin tavoitteiden saavuttamisesta. Ja vaikka painonhallinnassa tulee ”repsahduksia”, asiakasta kannustettiin jatkamaan ja korostettiin, että repsahdukset kuuluvat asiaan. Repsahtanutta asiakasta tuettiin sanomalla, että

”se painon pudottaminen voi olla ihan ok, mutta se painossa pysyminen on ihan eri asia”.

”Välillä niitä repsahduksia tulee, mutta se kuuluu siihen asiaan”.

Elintapaohjauksessa haastavimmaksi koettiin asiakkaan motivointi pysymään saavuttamassaan muutoksessa.

6.4 Lihavuus ja tulevaisuuden ohjauksen haasteet

Vaikka työikäisten lihavuuden koettiin vastausten mukaan pysyttelevän edelleen korkealla, ihmiset olivat työterveyshoitajien kokeman mukaan nykyään tietoisempia lihavuuden terveyshaitoista ja vaikutuksista työhyvinvointiin. Lihavuuden esiintymisestä todettiin, että

”...lievästi mennään parempaan suuntaan.”

Useasta vastauksesta ilmeni, että lihavuus olisi kääntymässä laskuun. Toisaalta koettiin, että yhä useampi nuori on lihava, ja nuorten lihavuuteen liittyy usein diabetes. Lisäksi yli 50-vuotiaiden lihavien halukkuus painonhallintaan koettiin huonoksi. Terveystenhoitajat kokivat, että

”nuoret on nyt kauheen skarppeja”, mutta ”nämä plus 50 on tavallaan jo menetetty” sukupolvi.

Työikäisten koettiin olevan myös aiempaa tarkempia ravinnon laadusta ja terveellisyydestä, ja he olivat tietoisia liikunnan merkityksestä terveydelleen ja työhyvinvoinnilleen. Erityisesti nuorten miesten kiinnostus terveydestään koettiin kasvaneen. Tietoa terveellisistä elämäntavoista hankittiin vas-

tausten mukaan sähköisten viestimien kautta, mutta esille nousi myös yleisen terveyskasvatuksen aiempaa parempi vaikuttavuus.

Tulevaisuudessa ohjauksen haasteiksi koettiin ennaltaehkäisevään painonhallintaan tähtäävä ohjaus, ohjaus työkyvyn säilyttämiseksi, elämänhallinnan ohjaus ja ohjauksessa käytettävien menetelmien valinta. Ennaltaehkäisevän työn alkaminen ”jo hyvin aikaisessa vaiheessa, päiväkodissa, koulussa” koettiin merkittäväksi lihavuuden ennaltaehkäisyssä. Myös työorganisaatioiden kiinnostus työntekeijöidensä työkyvystä ja –hyvinvoinnista koettiin tarpeelliseksi, jotta työterveyshuolto saisi resursseja painonhallinnan ja tätä kautta työkyvyn ja –hyvinvoinnin edistämiseen. Tulevaisuuden ohjauksen koettiin painottuvan elämänhallinnan ohjaukseen, jossa käytettäisiin apuna moniammatillista työryhmää.

Asiakkailta saadun palautteen mukaan ryhmäohjauksen koettiin olevan jo vanhanaikaista. Ohjauksessa painottuivat yksilöllisyys ja konkreettisuus: Elintapaohjaus on konkreettista, yksinkertaista ja käytännönläheistä, ja sitä toteutetaan moniammatillisen työryhmän voimin jakaen ohjausvastuuta muun muassa työterveyslääkärin, työterveyshoitajan, työfysioterapeutin, työpsykologin ja ravitsemusterapeutin kesken. Tällöin toteutuu myös työterveyshuollon tavoite toimia asiantuntevasti, eettisesti, ammatillisesti ja parhaan mahdollisen näyttöön perustuvan tiedon mukaan.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työterveyshoitajan kokemuksia lihavien asiakkaiden elintapaohjauksesta. Teemahaastatteluna toteutettuihin yksilöhaastatteluihin osallistui neljä työterveyshoitajaa samasta työterveyshuollosta. Tutkimustehtävämme olivat: Mitä lihavuus aiheuttaa työntekijälle ja mitä elintapaohjauksen menetelmiä työterveyshoitaja käyttää edistääkseen lihavien työterveyshuollon asiakkaiden työhyvinvointia? Sisällönanalyysin avulla saimme koostettua vastaukset esittämiimme tutkimustehtäviin.

7.1 Työterveyshoitajan kuvauksia lihavuuden vaikutuksista työntekijälle

Työhyvinvointia työterveyshoitajat kuvasivat monitahoisena, laaja-alaisena käsitteenä, johon liittyvät perhe, yksilön aikaisempi tausta, koulutus, ihmissuhteet sekä odotukset työltä ja urahaaveet. Työntekijä voi hyvin, kun hän pitää työstään, jaksaa työssään ja ottaantuu työn tekemiseen. Myös työn mielekkyys ja monipuolisuus koettiin merkittävinä työhyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä. Lisäksi haastateltavat toivat esille, että vapaa-ajan hyvinvointi vaikuttaa työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Määritelmä oli yhtenäinen meidän esittämämme kanssa ja korosti työhyvinvoinnin ja terveydenedistämisen välistä kiinteää yhteyttä. Työterveyshoitajat tunnistivat myös lihavuuden ja työhyvinvoinnin välisen yhteyden selvästi. Lihavuus aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia ja oireita alentaen näin ollen myös työhyvinvointia. Työterveyshuollon ja työterveyshoitajan tehtävä oli edistää työntekijän työhyvinvointia. Työhyvinvointi on työssä jaksamisen edellytys, joka vaikuttaa työn tuottavuuteen, työhön sitoutumiseen ja sairauspoissaolojen määrään. (Työterveyslaitos, Työhyvinvointi 2013.) Työterveyshoitajat olivat hyvin tietoisia ammattiinsa liittyvistä osaamisvaatimuksista ja velvoitteista. Asiakkaan sairauspoissaolot tulivat esille lähinnä lihavuuden liitännäissairauksista sairauskierrekuvauksissa.

Yli puolet suomalaisista aikuisista on ylipainoisia tai lihavia (THL 2014). Tämänkin tutkimuksen tulos vahvisti tätä väittämää. Lihavuus on yleinen ilmiö noin 50 vuotta täyttäneiden työikäisten keskuudessa sukupuolesta ja koulutustasosta riippumatta. Roosin (2014) tutkimus todentaa myös, että painonnousu on yleisintä niin keski-ikäisillä nais- kuin miestyöntekijöillä. Vaikka tässä työssä ei nousut esiin lihavuuden ja sosioekonomisen välisen suhteen selkeää yhteyttä, voidaan todeta, että terveys, ja niin ikään lihavuus, ovat Suomessa kuin muuallakin maailmalla luokkakysymyksiä. Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ovat sairaampia ja lihavampia. (vrt. Harjunen 2009; Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskeniemi, Ahonen, Vartiainen ja Koskinen. 2010–2014.)

Työn ja ympäristömme muuttumisen myötä yhteiskuntamme on yhä enemmän lihavuutta edistävä. Työterveyshoitajien arvion mukaan lihavuus näyttäisikin olevan yleisempää istumatyötä tekevien ammattiryhmien keskuudessa, joilla liikunnallinen arkiaktiivisuus jää vähäiseksi. Tulos on looginen tarkasteltaessa arkiliikunnassa ja työmatkaliikunnassa tapahtunutta muutosta. Trendii näyttää olevan selvästi laskujohteinen vuodesta 1979 vuoteen 2013, niin miehillä kuin naisilla. Lähes samaan aikaan (1972–2007) myös työhön liittyvä fyysinen aktiivisuus on vähentynyt. Sen sijaan vapaa-ajalla

tapahtuva liikunnan määrä on lisääntynyt, etenkin naisten kohdalla. (Helldán ym. 2013, 19–20; Husu, Paronen, Suni ja Vasankari 2011, 31.) Kuitenkaan runsaan istumisen aiheuttamia haittoja ei voida tyystin korvata liikunnallakaan, toteavat Helajärvi, Pahkala, Raitakari, Tammelin, Viikari ja Heinonen (2013). Työterveyshoitajat korostivat kertomuksissaan liikunnan, myös arkiliikunnan, merkitystä, mutta vähemmälle huomiolle jäi se, että kuinka paljonko asiakas viettää istuen työnsä ääressä tai kotona televisiota katsellen. Istumatyön lisäksi aineistossa oli vain vähän työoloihin kuten työaikoihin, stressiin sekä työpaikkaruokailuun ja lihavuuden väliseen suhteeseen liittyvää kuvailua. Toisaalta Roos (2014) on tutkimuksessaan osoittanut, että työoloilla on vain heikko yhteys yksilön painon nousuun.

Haastateltavamme työterveyshoitajat omasivat 2–15 vuotta työelämäkokemusta alalta. Heidän näkemyksensä mukaan lihavuuden nousukäyrä oli pysähtynyt, jopa kääntynyt lievästi laskuun. Tosin nuorten aikuisten lihomisen ja sen myötä ilmenevän diabeteksen koettiin lisääntyvän selvästi. Tulokset on ristiriitainen aikaisemmin esitettyihin tutkimuksiin. Helldán ym. (2013, 21) osoittavat, että ylipainoisten osuus on Suomessa kasvanut hitaasti, mutta varmasti aina vuodesta 1978 lähtien. Ikäryhmittäin tarkasteltaessa siinä, missä 15–24 -vuotiaat ylipainoiset miehet ovat saaneet painokäyränsä laskuun, ovat naiset hivuttautuneet käyrää ylemmäksi. Työikäisistä 35–44 -vuotiaiden ylipainoisten miesten ja naisten painokäyrät ovat viimeisten kolmen vuoden ajan kääntyneet lievään laskuun. Siirryttäessä seuraavalle vuosikymmennelle (45–54 -vuotiaat) ylipainosten osuus on säilynyt melko samana. Sen sijaan 55–65 -vuotiaiden miesten kohdalla ylipainoisuus näyttää lisääntyvän. (Helldán ym. (2013, 21.) Hajontaa siis on ikäryhmien sisällä, ja tämä varmasti voi selittää osaltaan työterveyshoitajien positiivista näkemystä lihavuuden tämän hetkisestä tilanteesta. Toisaalta voidaan myös miettiä, onko lihavuudesta ja ylipainosta tullut normaali ilmiö.

Tutkimuksemme mukaan työterveyshoitajat mielsivät lihavuuden päällepäin näkyvänä huonon olon tilana. Lihavuutta arvioitiin myös tarkasti käyttäen painoindeksiä (BMI). Suomen Sydänliiton (2012) mukaan painoindeksi sopii hyvin lihavuuden arviointiin valtaosalle ihmisille. Kuitenkin liitto muistuttaa, että hyvin lihaksikkaiden henkilöiden painon määrittämä mittaaminen saattaa tuottaa ongelmia, ”sillä painoindeksiä laskettaessa ei tehdä eroa lihas- tai rasvakudoksen välillä”. Satunnaisen vyötärön ympärysmittauksen sijaan tulisikin vyötärön ympärysmittauksen olla kiinteä osa työterveyshoitajan terveydenohjausta. Yhtäläillä käytössä voisi olla myös inbody -mittauslaite.

Tulokset osoittivat, että diabeteksen lisäksi lihavilla on paljon diagnosoituja tuki- ja liikuntaelinvaivoja johtuen ylipainon aiheuttamasta nivelten ylikuormituksesta. Myös lihavuuden ja sydän- ja verisuonisairauksien ja hengityselimistön välinen yhteys oli vastausten perusteella ilmeinen. Metabolinen oireyhtymä korkeine verenpaine-, verensokeri- ja rasva-arvoineen liittyneenä korkeaan painoindeksiin nähtiin merkittävänä työhyvinvointia huonontavana tekijänä lisäten fyysistä ja psyykkistä työuupumusta. Nämä kaikki edellä mainitut liitännäissairaudet käyvät ilmi myös Käypä hoito –suosituksessa, Lihavuus (aikuiset) (2013). Tässä yhteydessä on hyvä muistuttaa Roosin (2014) tutkimuksesta, jonka mukaan lihavuus lisää, erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuvia sairauksipaisaaloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. Liitännäissairauksien lisäksi lihavuuteen liittyy

myös kasvanut tapaturmariski toteavat Bondie ja Viikari-Juntura (2013). Tätä eivät työterveyshoitajat tuoneet esille.

Lihavuus ja siihen liittyvät sairaudet heikentävät työhyvinvointia huonontamalla sekä fyysistä että psyykkistä toimintaa ja työkykyä. Lihavuus voi aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia, kuten syrjintää ja ennakkoluuloja ja vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. (THL 2013, 19; Käypä hoito -suositus Lihavuus aikuiset 2013.) Tekemiemme haastattelujen perusteella lihavuudella ei ollut juurikaan merkitystä sosiaaliseen kanssakäymiseen ellei siihen liittynyt mielenterveysongelmia. Lihavuushan on nykypäivänä enemmän sääntö kuin poikkeus. Painoindeksitaulukon raja-arvojen mukaista normaalipainoa voisi kutsua ennemminkin ihannepainoksi, koska nykypäivänä väestön normaalipaino on lähempänä raja-arvojen mukaista ylipainoa. Työterveyshoitajat painottivatkin, että ihmisille tulisi korostetusti kertoa lihavuuden mukanaan tuomien liitännäissairauksien ja ennenaikaisen kuoleman vaaraa jo hyvissä ajoin ennen ongelmien ilmenemistä. Ennaltaehkäisevä terveystasvatus työ olisi aloitettava jo varhaisessa vaiheessa raskaus, lapsuus ja nuoruus iässä. Näin tervelliset elintavat tulevat tavaksi toimia ja lihavuuskehitys saataisiin laskuun.

7.2 Työterveyshoitajan elintapaohjauksen kokemuskertomukset

Työterveyshuollon piiriin kuuluvat työkäiset ovat keskimäärin terveempiä kuin työelämän ulkopuolella olevat. Varhainen epäkohtiin puuttuminen ja säännölliset työterveystarkastukset ovat tuottaneet tulosta. (ETENEN 2008, 14.) Terveystarkastuksista on todettu lisäksi, että lihavuuden, mielenterveyshäiriöiden ja verenpaineen seulonta osana terveystarkastusta vähentää sairastuvuutta ja työkyvyttömyysriskiä. Edelleen terveystarkastusten on havaittu tehoavan jossain määrin muun muassa elämäntapariskeihin. (Viljamaa, Uitti, Kurppa ja Juvonen-Posti 2012, 12.) Säännölliset työterveystarkastukset nousivatkin työterveyshoitajien kertomuksissa merkittäväksi asiakkaan lähtötilanteen kartoittamisen ja arvioimisen tilanteiksi sekä elintapaohjauksen paikoiksi asiakkaan omaehtoisen hakeutumisen lisäksi.

Tutkimuksessamme tuli selvästi esille, että työterveyshoitajat kokivat lihavuuteen puuttumisen tärkeänä osana työterveystarkastusta. Tämä siitakin huolimatta, että elintapaohjaukseen käytettävä aika oli rajallinen resurssien puutteen vuoksi. Työterveyshoitajat tunsivat usein ohjauksen ja neuvonnan jäävän pintapuoliseksi. Kertomuksissaan työterveyshoitajat kokivat lihavuuteen puuttumisen olevan luontevaa, ammatillista ja eettisten periaatteiden mukaista. Lihavuuteen täytyy myös aina puuttua, jo ammatinkin puolesta. Elintapaohjauksen sisältö määräytyi kuitenkin asiakaslähtöisesti ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja perustui näin ollen vapaaehtoisuuteen. Työterveyshoitajat kokivat lihavuuden asiakkaan oman motivaation olevan tärkein tekijä vaikuttavan elintapaohjauksen etenemiseen. Tulosten perusteella kävi yllättäen ilmi, että osa asiakkaista koki painonhallinnan olevan terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä, ikään kuin ulkoistettavissa toiselle tehtäväksi. Työterveyshoitajat korostivat kuitenkin aina kahdenkeskisissä keskusteluissa asiakkaan vastuuta omasta terveydestään ja omaa rooliaan elintapaohjaukseen sisältyvän painonhallinnan ja työhyvinvoinnin edistämisen tukijana ja kannustajana. Tutkimuksemme tulokset vastaavat siis Absetz ym. (2011) to-

teamaa käsitystä, että myönteinen palaute lisää asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja muutoshalukkuutta.

Tutkimuksemme osoitti, että työterveyshoitajien ja lihavan asiakkaan välinen kanssa käyminen perustuu tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Lihavuudesta, työhyvinvoinnista, elämäntapaohjauksesta ja painonhallinnasta keskustellaan aina avoimesti ja luontevasti, lähtökohtana asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne ja voimavarat. Asiakkaalle kerrotaan lihavuuden terveysvaikutuksista totuuden mukaisesti, tilanteen mukaan pintapuolisesti tai hyvinkin tarkkaan. Tämä ns. mini-interventio eli puheeksiotto toteutui jokaisen lihavan asiakkaan kohdalla. Sen sijaan syvemmälle menevälle motivoivalle haastattelulle ei juurikaan jäänyt aikaa. Tässäkin yhteydessä työterveyshoitajat toivat selkeästi esille resurssien riittämättömyyden kustannustehokkaan elintapaohjauksen antamiseksi.

Elintapaohjaus tapahtui hienovaraisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti, koska lihavuus on henkilökohmainen, useammalle asiakkaalle arka puheenaihe. Yksilöohjaus oli ryhmäohjauksista yleisempää, vaikka ryhmäohjaus tulisi edullisemmaksi. Ryhmäohjauksen vähäisyys johtui osittain lihaviin asiakkaiden haluttomuudesta osallistua ryhmäohjaukseen, osittain asiakasorganisaatioiden haluttomuudesta kustantaa työntekijöilleen ryhmänä järjestettävää elintapaohjausta. Tutkimus osoitti, että ihmiset ottavat elintapaohjauksen yleensä vastaan mielellään, joten lihavuuteen puuttumista ei tarvinnut jännittää.

Tulosten perusteella työterveyshoitajat hyödynsivät elintapaohjauksessaan lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvien sidosorganisaatioiden, kuten ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ja diabetesyhdistyksen tuottamaa kirjallista ohjausmateriaalia. Ohjelehtisiä käytiin läpi yhdessä työterveysvastaanotolla ja annettiin asiakkaalle mukaan tutkittavaksi. Konkreettiset värikuvat terveellisistä aterioista, ruokalautasmallista ja ruokapyramidista edistivät terveydenhoitajien mukaan terveystietämisen ymmärtämistä ja sisäistämistä. Tutkimuksen tulosten perusteella työterveyshoitajien tiedot lihavuuden ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä perustuivat pääosin työterveyshoitajan ammatillisen koulutuksen ja itsenäisen sähköisen tiedonhankinnan mukana tuomaan tietoon.

Tarkempaa ravitsemusohjausta asiakas sai halutessaan terveelliseen ravitsemukseen erikoistuneen sairaanhoitajan vastaanotolla. Työfysioterapeuttia käytettiin apuna työn fyysisten kuormitustekijöiden selvittämisessä ja fyysisten rasitustekijöiden ennaltaehkäisyssä ja poistamisessa. Myös kuntoutusorganisaatiot olivat tiiviisti mukana lihavan asiakkaan työhyvinvoinnin edistämiseksi. Kuntoutuksissa paneuduttiin kokonaisvaltaisesti työhyvinvoinnin edistämiseen niin ravitsemuksen, liikunnan kuin mielenterveyden osalta. Kuntoutuksen mukanaan tuoma vertaistuki koettiin tärkeäksi painonhallinnan edistäjänä. Lisäksi ammattipsykologi osallistui tarvittaessa lihavan asiakkaan henkisen työhyvinvoinnin tukemiseen ja edistämiseen kuuntelemalla ja neuvomalla. Työterveyshoitajien kertomuksen mukaan moniammatillinen yhteistyö on kiinteä osa lihavuuteen liittyvää elintapaohjausta. Yllättävän vähän kertomuksissa oli tuotu esiin kolmannensektorin toimijoita.

Tehokkaan terveyden edistämisen tavoitteena on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa useammalla tasolla tapahtuvat toimenpiteet tukevat toisiaan edistäen yleistä terveyttä. Koko väestöön

kohdistuvana terveyden edistämisen interventioina voidaan pitää Kansallisen lihavuusohjelman 2012–2015 ohjelmajulistusta ”Lihavuus laskuun, hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta.” Projektin yhtenä yhteistyökumppanina mainitaan erityisesti työterveyshuolto, joka vastaa työikäisten ihmisten työterveydestä ja -hyvinvoinnista. (THL 2013, 29.) Näyttäisi siltä, ettei kampanja ole saavuttanut kaikkia työterveydenammattilaisia, jolloin kampanjan tulostakin voi jäädä tältä osin odotettua laihemmaksi. Toki täytyy muistaa, että ihminen on itse pääasiallisesti vastuussa omasta työhyvinvoinnistaan ja -terveydestään, ja ellei lihava ole itse halukas muuttamaan elämäntapojaan, on yhteiskuntaakin voimaton tämän haasteen edessä. Elintavapaohjauksen vaikuttavuudesta voidaan todeta erään haastateltavan sanoin: ”Elintapaohjauksella ei ole kauheasti vaikuttavuutta, mikäli oma tahtotila ja motivaatio eivät ole kohdillaan. Motivaatio pitää löytää sisältään!”.

Ohjaustilanteet rakentuivat vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa edeten hoitotyötä ohjaavan holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti. Ohjauksessa painottui asiakaslähtöisyys. Asiakkaita voimaannutettiin muuttamaan elintapojaan pysyvästi terveellisempään suuntaan tukemalla ja kannustamalla heitä tekemään muutoksia arkipäivän ratkaisuissa. Elintapamuutoksen lähtökohtana oli asiakkaan osallisuus muutosprosessin suunnittelussa. Elintapaohjauksen onnistuminen edellytti ohjaajan empaattisuutta ohjattavaa kohtaan. Empatiakyky karttuu elämäkokemuksen myötä. Työterveyshoitajien ohjaustyön sisältö perustui Käypä hoito -suositukseen Lihavuus (aikuiset) sekä suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Lihavan asiakkaan hoitolinjoja ohjasivat esimerkiksi verenpaine- ja sokeritautipotilaan hoitoon laaditut hoitopolut. Kuntoutukseen ohjaaminen ja sieltä saatu yksilö- ja ryhmätuki edistivät elintapaohjauksen vaikuttavuutta.

Haastateltavien vastausten perusteella elintapaohjaus eteni kehämäisen ohjausprosessin mukaan, johon sisältyi ohjauksen tarpeenmäärittely, suunnittelu, ohjausmenetelmien valinta ja läpikäydyn prosessin arviointi. Ohjauksen tarpeenmäärittelyn lähtökohtana olivat elintavat, jotka ovat muuttaneet kiireisen elämänrytmin takia lihavuutta edistäviksi. Ihmiset eivät jaksakaan enää työpäivän jälkeen kiinnittää huomiota ruokailutottumuksiinsa tai lähteä liikkumaan. Suunnitteluvaiheessa työterveyshoitaja ja asiakas sopivat yhdessä määrääikaistarkastusten ajankohdat ja painonhallinnan keinot. Apuna käytettiin myös moniammatillista työryhmää ja kuntoutuksia ryhmäohjauksineen. Työterveyshoitajan tärkeimmäksi ohjauksen menetelmäksi koettiin asiakkaan motivointi ja ”kimmokkeen antaminen” elintapojen muuttamiseen. Salmelakin (2012, 24) on todennut, että elintavan muutosvaiheen ohjaustyössä oppiminen, vertaistuki ja vuorovaikutus ovat tärkeitä tekijöitä, mutta muutostarve lähtee asiakkaasta itsestään.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaan elintapamuutoksen motivointiin vaikuttavat niin ohjaustilanne kuin asiakkaan yksilölliset ominaisuudet kuten elämähistoria, voimavarat sekä aiemmat tiedot ja taidot. Ohjausmenetelmät perustuivat pitkälti ohjaussuhteen luomiseen, jossa asiakkaan osallistumista, tavoitteiden asettamista ja päätöksentekoa rohkaistiin. Tämän lisäksi työterveyshoitajien kertomuksista oli tunnistettavissa yksittäisten ohjausmentelmien käyttöä kuten positiiviset mielikuvat, asiakkaan arjen valintojen konkretisoiminen ja havainnollistaminen sekä soveltaminen asiakkaan elämäntilanteeseen. Sen sijaan, että keskityttiin muutosvaihemalliin, sovellettiin joustavasti kulloiseenkin tilanteeseen sopivia menetelmiä. Terveystoimittajan rooli oli olla kannustaja, ei ongelmien

ratkaisija. Painonhallinnassa käytettävät keinot sovittiin yhteistyössä asiakkaan kanssa ja niin ikään ratkaisuvaihtoehtoja työstettiin yhdessä asiakkaan kanssa. Elintapaohjauksessa haastavimmaksi koettiin asiakkaan motivointi pysymään saavuttamassaan muutoksessa.

Vaikka työikäisten lihavuuden koettiin vastausten mukaan pysyttelevän edelleen korkealla, ihmiset ovat nykyään tietoisempia lihavuuden terveyshaitoista ja vaikutuksista työhyvinvointiin. He myös hakevat oma-aloitteisesti erilaista tietoa ravinnosta, liikunnasta ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Eri asia on kuitenkin se, että kuinka mediakriittisesti he pystyvät tarkastelemaan saamaansa tietoa. Erityisesti nuorten miesten kiinnostus terveydestään nähtiin kasvaneen, kun taas vastaavasti yli 50-vuotiaiden lihaviin halukkuus painonhallintaan koettiin huonoksi. Tulevaisuudessa ohjauksen haasteiksi koettiin ennaltaehkäisevään painonhallintaan tähtäävä ohjaus, ohjaus työkyvyn säilyttämiseksi, elämäntapojen ohjaus ja ohjauksessa käytettävien menetelmien valinta. Ohjauksessa painotettiin yksilöllisyyttä ja konkreettisuutta. Ohjauksen koettiin olevan vuorovaikutteista keskustelua. Lihavuudesta keskusteltiin luonnollisena ja itsestään selvänä puheenaiheena.

7.3 Tutkimuksen sovellettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa, jota työterveyshoitajat voivat hyödyntää lihavien työterveyshuollona asiakkaan lihavuuteen puuttumisessa ja ohjaustyön kehittämisessä työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimuksen tulokset voidaan nähdä suuntaa antavana katsauksena lihavien asiakkaan kanssa käydystä vuoropuhelusta työhyvinvoinnin edistämiseksi. Opinnäytetyömme tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta niitä voidaan hyödyntää työterveyshoitajan työssä. Erityisesti tulokset voivat toimia herättelijänä keskustelulle pitäisikö lihavuuden ennaltaehkäisyyn varata lisää resursseja työhyvinvoinnin edistämiseksi, kun vaatimus työvuosien lisäämisestäkin on yhä ajankohtaisempi.

Tässä työssä olemme keskittyneet työterveyshoitajan kokemuksiin lihavien asiakkaan elintapaohjauksesta. Ohjaustyön kokonaiskuvan kannalta olisi kiinnostavaa päästä havainnoimaan asiakkaan ja terveydenhoitajan välisiä ohjaustilanteita pitkällä aikavälillä. Täydentämällä aineistonkeruuta asiakkaan kokemuksilla ja kertomuksilla painonhallinnasta sekä hänen motivaatioon vaikuttavista seikoista olisi mahdollista saada laajempi kuvan ohjaustilanteisiin liittyvistä haasteista ja vaikutuksista yksilön painonhallintaan. Luontevana jatkona tälle tutkimukselle olisi tehdä käytännön työhön soveltuva hoitopolku lihavien asiakkaan työhyvinvoinnin edistämiseksi. Oleellista olisi selkeämmin mallintaa ja kytkeä lihavuuden hoitopolku myös lihavuuden liitännäisairauksien hoitopolkuihin sekä perusterveydenhuollon jo olemassa oleviin hoitoketjuihin.

Nykyteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen ja painonhallinnan ohjaustyöhön (esim. sähköiset ruokapäiväkirjat, facebook painonhallintaryhmät jne.). Yhtenä jatkotutkimuksen aiheena nousikin esiin tämän aihealueen mahdollisuuksien kartoittaminen ja soveltaminen työterveyshuollon ja työterveyshoitajan työn tueksi. Esimerkiksi Ruotsalainen, Kääriäinen, Tammelin ja Kyngäs (2014) ovat tutkineet sosiaalisen median hyödyntämistä elintapaohjausintervention kehittämiseksi ylipainoisille nuorille. Nuorten kohdalla interventiossa painottuivat yksilöllisyys ja intensiivisyys. Tätä toivoivat työterveyshoitajien mukaan myös heidän asiakkaansa. Tämän lisäksi tiedetään,

että esimerkiksi Facebookin käyttäjäkunta on keski-ikästymässä (esim. Pönkä). Tässä olisi jo hyvää pohjaa jatkotutkimuksen teolle.

Työhyvinvoinnin kehittäminen organisaation tasolla on aika ajoin noussut esiin tätä työtä kirjoittaessa. On selkeää näyttöä, että hyvinointiin panostaminen parantaa yrityksen taloudellista tulosta, ja yritykset seuraavatkin erilaisten hyvinvoinnin mittareiden tunnuslukuja tarkasti. Niin ikään johdon tuki kannustaa työyhteisössä myös passiivisesti omaan terveyteen suhtautuvia työntekijöitä toimimaan oman terveytensä eteen. Edelleen jatkotutkimuksen aiheena voisi olla, miten koko työyhteisön terveyden edistämiseen vaikutettaisiin lihavuuteen puuttumisen avulla? Millainen rooli työterveyshuollolla olisi tässä tapauksessa? Miten tehdä näkyväksi lihavuuteen liittyviä vaikutuksia ja tunnuslukuja työyhteisössä? Millaisia keinoja työterveyshuollolla on sitouttaa johtoa lihavuuteen puuttumisessa työyhteisössä? Tällöin jatkotutkimuksen aihe siirtyisi yksilön ohjauksesta työyhteisö ja organisaatiotasolle sekä työterveyshuollon ja organisaation väliseen yhteistyön kehittämiseen.

7.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys ja luotettavuus kulkevat koko työn ohjenuorana. Työssämme olemme pyrkineet toteuttamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluvat rehellisyys, avoimuus, luotettavuus ja työn tarkkuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Työ on edennyt Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeistusta ja käytänteitä noudattaen. Olemme myös huolehtineet, että asianomaiset luvat ja suostumukset kaikkien osapuolten välillä olivat kunnossa. Plagiointiin, viite- ja lähdemerkintöjen selkeyteen ja oikeellisuuteen olemme kiinnittäneet huomiota. Työ on tarkistettu Urkund – ohjelmalla. Olemme pyrkineet kriittisesti tarkastelemaan myös käyttämäämme lähdeaineistoa ja tukeutumaan mahdollisimman uusiin aineistoihin. Työhön ei ole liittynyt merkityksellisiä rahoituslähteitä tai ulkoisia sidosryhmiä.

Eettisyyden pohdinta tulee esiin jo aiheen valinnassa ja niissä pohdintoissa, mitkä tekevät työstä merkityksellisen ja toteuttamisen arvoisen. (Hirsjärvi ym. 2008, 24–25.) Aiheemme ajankohtaisuus tuli esille jo kootessamme aihealueen tutkimustietoa. Lisäksi työterveyshoitajien kannustavat kommentit haastattelujen yhteydessä omalta osaltaan nostivat mielenkiintoamme ja motivaatiotamme aiheeseen.

”Ihmistieteessä tutkimuseettisten normien keskeinen lähtökohta on ihmisen kunnioittamista ilmentävät arvot”, toteaa Kuula (2011, 60). Tutkimuksen eri vaiheessa olemme kunnioittaneet toimeksiantajan ja tiedonantajien oikeuksia. Olemme informoineet heitä tutkimuksen luonteesta, työn tavoitteista ja tarkoituksesta sekä tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisten tietojen suojaamisesta sekä miten annettua tietoa tullaan käyttämään ja säilyttämään.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 138–139) mukaan yleisemmin käytössä olevat laadullisen tutkimuksen kriteerit ovat: uskottavuus, siirrettävyys (vrt. yleistettävyys) ja vahvistettavuus. Uskottavuus liittyy kysymykseen vastaako tekijöiden tekemät käsitteellistämiset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä. (vrt. Eskola ja Suoranta 1996.) Vahvistettavuus puolestaan liittyy toisaalta erilaisten tekniikoiden hyödyn-

tämiseen tutkimusprosessin aikana kuin myös päättelyn seikkaperäiseen esittämiseen. Nämä kaikki edellä mainitut tekijät liittyvät oleellisesti myös työn koherenttisuuteen eli johdonmukaisuuteen. Tämä tarkoittaa kykyämme esittää ymmärrettävästi ja selkeästi, mitä olemme tutkineet ja miksi, miten tutkijan ja toisaalta tutkittavan ääni erottuu tutkimuksessa, miten tutkimusaineisto on kerätty ja analysoitu sekä miten tutkimuksen raportointi onnistuu saavuttamaan lukijat. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 138–141.)

Aineiston keruun uskottavuuden arviossa on olennaista, että valitut tiedonantajat ovat keskeisiä tutkimusongelman kannalta (Hirsjärvi ym. 2008, 160). Opinnäytetyön aiheen valintaa määrittivät molempien kiinnostus työterveyshuollossa tehtävään työhön. Haastateltavien valinnassa kiinnitimme huomiota tutkimusjoukon tarkoituksenmukaisuuteen: tiedonantajan tuli olla työterveyshoitaja ja omaavan työkokemusta työterveyshuollosta. Lopullisen haastateltavien valinnan teki toimeksiantaja toiveidemme mukaisesti. Haastateltavien lukumäärään liittyivät puolestaan käyttämämme laadullinen menetelmä ja aineiston kylläntyminen.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoon liittyvänä uskottavuus- ja siirrettävyysoingelmanä on pidetty aineiston rajoittunutta kokoa ja toisaalta aineiston keräämisen ja analysoinnin työläyttä. (esim. Eskola ja Suoranta 1998.) Aineiston keruussa olemme keskittyneet aineiston laatuun ennemmin kuin määrään. Tutkimuksen luonteen ja resurssit huomioiden neljää haastateltavaa voidaan pitää riittävänä määränä. Tätä vahvistaa myös se, että analyysin edetessä aineisto alkoi toistaa itseään. Tutkimustuloksilla ei ole haettu yleistettävyyttä, vaan tavoitteena oli kuvata työterveyshoitajien kokemuksia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimustulokset ovat myös vahvasti sidoksissa tutkimuskontekstin aikaan ja paikkaan.

Työn vahvistettavuutta olisi lisännyt eri menetelmien käyttö aineistonkeruussa ja -analyysissä. Alun perin oli tarkoitus toteuttaa haastattelut yhdessä siten, että toinen haastattelisi ja toinen havainnoisi. Aikataulumme yhteensopimattomuuden vuoksi tämä ei kuitenkaan onnistunut. Haastattelutilanteiden tunnelmat, sävyt ja sanaton viestintä jäivätkin toiselle meistä hieman etäisiksi. Tulosten analyysissä ja tuloksinassa vahvistettavuutta haimme puolestaan toisista vastaavista tutkimuksista sekä hyödyntämällä molempien aikaisempaa ammatillista taustaa ja erilaista kokemuspohjaa.

Työhön liittyvät aineistot käsiteltiin kokonaisuudessaan ja alkuperäistä aineistoa olemme käsitelleet tutkimusprosessin aikana ehdottaman luottamuksellisesti. Erityistä huomiota kiinnitimme siihen, että aineiston sisältämät tiedot vastaavat tiedonantajien meille kertomia asioita. Todensimme tätä tiedonantajien suorilla lainauksilla. Nämä kaikki edellä mainitut tekijät liittyvät työn uskottavuuteen.

Aineiston käsittely ja analysointi on suoritettu anonymisti. Myös tutkimustulokset on esitetty siten, etteivät yksittäisen tiedonantajan vastaukset ole tunnistettavissa. Opinnäytetyön valmistuttua nauhoitetut haastattelut pyyhittiin pois ja tiedostot hävitettiin. Tutkimusprosessi on pyritty kirjoittamaan niin, että lukijalla jää ymmärrys siitä, miten johtopäätöksiin on päädytty (koherenttisuus). Luotettavuuden ja eettisyyden lisäämiseksi työ lähetettiin tiedonantajille luettavaksi ja tarkistettavaksi. Heiltä saamamme palautteen olemme huomioineet työssämme.

Laadullinen tutkimus on tutkijakeskeistä. Lisäksi siinä korostuvat tutkijan ja tutkittavan aktiivinen rooli, ja tutkimuksen läpinäkyväksi saattaminen. Useamman tekijän toteuttaessa työtä yhteistyössä edellä mainitut asiat korostuvat entisestään. Yhteistyön myötä opinnäytetyön tavoitteiden lisäksi korostuivat omat henkilökohtaiset tavoitteet, totutut työtavat ja arvomaailma sekä vuorovaikutustaidot. Näiden tekijöiden yhteensovittaminen on asettanut meille tekijöille omat haasteensa. Oman haasteensa tähän yhteistyöhön toi, ettei kumpikaan meistä tuntenut aikaisemmin toista. Lisäksi lähtötasot olivat hyvin erilaiset. Oppimista ja kehittymistä on siis tapahtunut eriasteisesti.

Yhteistyö tutkimuksen tekijöiden välillä on tapahtunut lähinnä sähköpostin välityksellä toinen toisamme motivoiden ja tukien. Opinnäytetyömme on kehittänyt vuorovaikutustaitojamme työskennellä pitkäjänteisesti ja toisen mielipiteitä kunnioittaen. Parityönä tehty opinnäytetyö oli haasteellista myös molempien erilaisten opintoaikataulujen vuoksi. Moni ongelma olisi ratkennut huomattavasti sujuvammin, jos meillä olisi ollut mahdollisuus tavata kasvotusten ajan kanssa useampaan otteeseen. Myös oman toiminnan yksityiskohtaisempi reflektointi puolin ja toisin olisi selkeyttänyt ajatusten ja ideoiden työstämistä ja opinnäytetyöhön liittyvien asioiden eteenpäin prosessointia. Voidaan kuitenkin todeta, että opinnäytetyömme aihe osoittautui mielenkiintoiseksi, ja tutkimuksen tulokset todensivat ihmisläheisen työotteen vallitsemista työterveyshuollossa tehtävässä työssä. Työn edetessä olemme syventäneet omaa tietämystämme työterveyshoitajan työstä ja lisänneet ammatillisia valmiuksiamme työskennellä työterveyshuollossa.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AALTO, Mauri, SEPPÄNEN, Kati ja SEPPÄ, Kaija-Liisa 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Julkaisussa: SEPPÄ, Kaija-Liisa (toim.) 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. (16–20).

ABSETZ, Päivikki ja HANKONEN, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2011; 127(21): 226572 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–29–10.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest>

BONDE, JPE., VIIKARI-JUNTURA, E. 2013. The obesity epidemic in the occupational health context. Scand J Work Environ Health 2013; 39(3): 217–220 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015–01–3.] Saatavissa: http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3362

DIABEETESLIITTO DEHKO, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010, Loppuraportti 2011 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–03–20.] Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko>

ESKOLA, Jari ja SUORANTA, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

ETENE 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–05–16.] Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf

FOGELHOLM, Mikael 2006. Lihavuuden ehkäisyn strategiat. Julkaisussa: MUSTAJOKI, Pertti, FOGELHOLM, Mikael, RISSANEN, Aila ja UUSITUPA, Matti (toim.) Lihavuus, Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim (131–138).

HAUTAMÄKI, Taija ja VERTIO, Harri 2004. Information and Guidance. Julkaisussa ANTTI-POIKA, Mari ja TASKINEN, Helena (eds.) Good Occupational health practice – A Guiden for planning and follow up of occupational health services. Finnish Institute of Occupational Health. Edita: Helsinki. 120–124.

HARJUNEN, Hannele 2009. Women and fat. Approaches to the social study of fatness. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, psykologian ja sosiaalisen tutkimuksen tutkimuskeskus (379). Jyväskylä: University of Jyväskylä.

HELAJÄRVI, Harri, PAHKALA, Katja, RAITAKARI, Olli, TAMMELIN, Tuija, VIIKARI, Jorma ja HEINONEN, Olli 2013. Istu ja pala! – Onko istuminen uusi terveysuhka? [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013; 129(1):51–6. [Viitattu 2015–04–03.]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest>

HELLDÄN, Anni, HELAKORPI, Seppo, VIRTANEN, Suvi ja UUTELA, Antti 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Terveystieteiden tutkimuslaitos: Helsinki.

HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Hannele 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käyttö. Helsinki: Gaudeamus.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. 13. – 14. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

HUSU, Pauliina, PARONEN, Olavi, SUNI, Jaana ja VASANKARI, Tommi 2011. Suomalaisen fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Tervettä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministerion julkaisuja 2011:5. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopolitiikan osasto.

HYVÄ TERVEYSHUOLTOKÄYTÄNTÖ 708/2013. Oikeusministeriö [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–10–22.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>

KAIKKONEN, R., MURTO J., PENTALA, O., KOSKELA, T., VIRTALA, E., HÄRKÄNEN, T., KOSKENNIEMI, T., AHONEN, J., VARTIAINEN, E. ja KOSKINEN, S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015–04–02.] Saatavissa: www.thl.fi/ath

KANTANEN, Teuvo ja LAPVETELÄINEN, Anja (toim.) 2012. Kuluttajat painonhallinnan markkinoilla. Loppuraportti. Reports and Studies in Health Sciences Number 8. Itä-Suomen yliopisto: Kuopio.

KARPAKKA, Päivi 2011. Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Julkaisussa: Sairaanhoitajan käsikirja [verkkojulkaisu]. Päivitetty 2011–04–18. [Viitattu 2014–03–11.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=

KAUPPINEN, Timo, MATTILA-HOLAPPA, Pauliine, PERKIÖ-MÄKELÄ, Merja, SAALO, Anja, UUKSULAINEN, Sanni, VILUKSELA, Marja, VIRTANEN, Simo (toim.) 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos: Helsinki.

KHAW, Kay-Tee, WAREHAM, Nicholas, BINGHAM, Sheila, WELCH, Alisa, LUBEN Robert ja DAY, Nicholas 2008. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–23–10.] Saatavissa: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050012>

KOSKENVUO, Markku ja MATTILA, Kari 2009. Terveystieteiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. [Viitattu 2014–05–14.] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001#T1

KUULA, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS, ALKOHOLIONGELMAISEN HOITO 2011 [verkkajulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 2011–02–07. [Viitattu 2014–10–22.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS LIHAVUUS (AIKUISET) 2013 [verkkajulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 2013–09–13. [Viitattu 2014–19-02.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS, TUPAKKARIIPPUVUUS JA TUPAKASTA VIEROITUS 2012 [verkkajulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 2012–01–19. [Viitattu 2014–10–22.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi40020>

LAHTINEN, Eero, KOSKINEN-OLLONQVIST, Pirjo, ROUVINEN-WILENIUS, Päivi ja TUOMINEN, Päivi 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveiden eistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Helsinki: Edita [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014–05–16.] Saatavissa: [file:///Users/minna/Downloads/muutos%20\(1\).pdf](file:///Users/minna/Downloads/muutos%20(1).pdf)

MANKA, Marja-Liisa, HEIKKILÄ-TAMMI, Kirsi ja VAUHKONEN, Anne 2012. Työhyvinvointi ja tuloksellisuus. Henkilöstön arvoa kuvaavat tunnusluvut johtamisen tukena kunnissa. Tampereen yliopiston, Johtamiskorkeakoulu, Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergoa, Työhyvinvointi: Tampere.

MUSTAJOKE, Pertti 2013. Lihavuus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014–06–04.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042&p_haku=lihavuus%20ja%20sairaudet

MUO, Ijeoma M., SACAJIU, Galit, KUNINS, Hillary and DELUCA, Joseph 2013. Effect of the availability of weight and height data on the frequency of primary care physicians' documented BMI, diagnosis and management of overweight and obesity. *Quality in Primary Care* 2013; 21(4): 221–8 [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014–05–05.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24041139>

MÄNNISTÖ, Satu, LAATIKAINEN, Tiina ja VARTIAINEN, Erkki 2012. Suomalainen lihavuus ennen ja nyt. *Finriski THL 4/2012 tutkimuksia*. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiivist4_lihavuus.pdf?sequence=1

NAUMANEN-TUOMELA, Paula 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Kuopio: Kuopion yliopisto.

NAUMANEN–TUOMELA, Paula 2002. Työterveyshoitajan asiantuntijuus alan opettajien ja tutkijoiden arvioimana. *Kasvatus* 5:2002, 495–504.

PIRINEN, Liisa 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittäminen – esimerkkinä painonhallinta. Turku: Turun yliopisto.

PÖNKÄ, Harto. Suomalaiset Facebookissa 2011–2014 –käyttäjämäärät ja kuvaajat. Lehmätkin lentää -blogi. [Viitattu 2015–04–02.] Saatavissa: <https://harto.wordpress.com/2014/01/14>.

RAUTIO, Maria 2004. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. *Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisu A tutkimus 9*: Helsinki. [Viitattu 2014–05–14.] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3510.pdf

RAUTIO, Maria ja HUSMAN, Päivi. 2010. Työikäisen terveyden edistäminen: Esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa PIETILÄ, Anna-Maija (toim.) *Terveyden edistäminen – teorisasta toimitaan*. Helsinki: WSOY. (165–190).

RAUTIO, Maria 2006. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terevusosalalla. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49*. Helsinki: Sosiali- ja terveysministeriö.

ROOS, Eira. 2014. Obesity, Weight Change and Work Disability – A follow-up study among middle-aged employees. Väitöskirja. Hjelt Institute, Department of Public health, Faculty of Medicine. Helsinki: University of Helsinki [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015–01–03.] Saatavissa: [file:///Users/minna/Downloads/obesityw%20\(2\).pdf](file:///Users/minna/Downloads/obesityw%20(2).pdf)

RUUSUVUORI, Johanna, NIKANDER, Pirjo ja HYVÄRINEN, Matti 2010. Haastattelun analyysivaiheet. Julkaisussa: RUUSUVUORI, Johanna, NIKANDE, Pirjo ja HYVÄRINEN, Matti (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. 9–36.

ROUTASALO, Pirkko ja PITKÄLÄ, Kaija 2009. Omahoidon tukeminen. *Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille*. Helsinki: Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–05–16.] Saatavissa: https://wiki.metropolia.fi/download/attachments/77695203/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf?version=2&modificationDate=1385543461000

RÄSÄNEN, Kimmo 2010. Työterveyteen liittyvää lainsäädäntöä. Julkaisussa: MARTIMO, Kari-Pekka, ANTTI-POIKA, Mari, UTTI, Jukka (toim.) *Työstä terveyttä*. Duodecim: Helsinki. 47–55.

SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anne 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–10–22.] Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

SALMELA, Sanna M. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2. Diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellinen tiedekunta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–10–25.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3>

SAVOLA, Elina ja KOSKINEN-OLLONQUIST, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selvityksiä, Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005.

SCHULTE, Paul A., WAGNER, Geogory R., OSTRY, Aleck, BLANCIFORTI, Laura A., CUTLIP, Robert G., KRAJNAK, Kristina M., LUSTER, Michael, MUNSON, Albert E., O'CALLAGHAN, James P., PARKS, Christine G., SIMEONOVA, Petia P., MILLER, Diane B. 2007. Work, Obesity, and Occupational Safety and Health [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015–01–03.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1805035>

SEITAMAA-HAKKARAINEN, Pirita 1999. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015–03–02.] Saatavissa: http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/seitamaa_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi/?tree:D=168373&tree:selres=168595&hrpDelimChar=%3B&parentCount=1

SEPPÄ, Kaija-Liisa (toim.) 2008. Mini-intervention jalkauttaminen terveystieteisiin ja työterveys-huoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SILJANEN, Eeva-Maria, RAUTIO, Maria ja HUSMAN, Päivi 2012. Terveystä ja hyvinvointia yhdessä kehittämällä. Työterveyslaitos:Helsinki [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–05–13.] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/terveytta_ja_hyvinvointia_yhdessa_kehittamalla.pdf

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2014. Työhyvinvointi. Päivitetty 2014–05–16. [Viitattu 2014–05–18.] Saatavissa: <http://www.stm.fi/tyoelama/tyohyvinvointi>

SUOMEN DIABETESLIITTO, Aikuisten lihominen pysähtynyt Suomessa 2010. Diabetes ja lääkäri 4(39), 4 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–03–16.] Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/1069/Diabetes_ja_laakari_-lehti_4_2010.pdf

SUOMEN SYDÄNLIITTO 2012 [verkkojulkaisu]. Päivitetty 2012–09–10. [Viitattu 2015–04–02.] Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/painoindeksi-ja-vyotaronymparys#.VR-KKpOUe1J>

TERVEYSHUOLTOLAKI 1326/2010 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014–03–07.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

TERVEYS 2015 – kansanterveysohjelman väliraportti 2013 [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2014–05–

14.]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf

THL; TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS, Raportti 66/2011. Työterveyshuolto ehkäisee vuoro-työn ja elintapojen terveysriskejä [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-04-09.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/60358/browse?value=ohjaus&type=subject>

THL 2013; TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS, Kansallisen lihavuusohjelman ohjausryhmä, Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta, Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015 2013 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-20.] Saatavissa: www.thl.fi/lihavuusohjelma

THL 2014; TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS, Elintavat ja ravitsemus, Painonhallinta [verkkojulkaisu]. Päivitetty 2014-11-11. [Viitattu 2015-04-01.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/painonhallinta>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkojulkaisu]. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 [Viitattu 2014-04-23.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

TUPAKKAKOULUTUS 2014. Tupakasta vieroituksen ohjaus. Koulutus toteutettu yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-10-22.] Saatavissa: <http://www.uef.fi/tupakkakoulutus/iii>

TYÖTERVEYSHUOLTOLAKI [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-07.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/dilgom2014

TYÖTERVEYSLAITOS, TYÖHYVINVOINTI 2013. Päivitetty 05-11-2013. [Viitattu 2014-05-13.] Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/Sivut/default.aspx>

UITTI, Jukka, SAUNI, Riitta ja LEINO, Timo 2007. Työterveyshuollon vaikuttavuus asiakkaiden näkökulmista. Duodecim 2007;123:723–30 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-05.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96356.pdf>

VALLONIUS, L., SAVINAINEN, M. JA PAAVILAINEN, E. 2010. työterveyshoitajan antama neuvonta ja ohjaus, katsaus kirjallisuuteen. Työterveyshoitaja lehti 2/2010 s. 16–17.

VILKKA, Hanna. 2005. Tutki ja kehitä. 1. paino. Helsinki: Tammi.

VILJAMAA, Mervi, UITTI, Jukka, KURPPA, Kari ja JUVONEN-POSTI, Pirjo 2012. Työterveytoiminnan seurannan indikaattorit – työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen prosessien indikaattorit. Väliraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.

VÄNSKÄ, Kirsti, LAITINEN-VÄÄNÄNEN, Sirpa, KETTUNEN, Tarja ja MÄKELÄ, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyön kehittyminen. Helsinki:Edita.

WALSH, Matthew A.F. and FAHY, Kathleen M. 2011. Interaction between primary health care professionals and people who are overweight or obese: A critical review. AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 29 Number 2 (23) [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-05-05.] Saatavissa: <http://sfx.nelliportaali.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/>

WHO, Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Tech Rep Series, 894, 2000. Kansainvälisen lihavuustyöryhmän perusraportti, jossa kuvataan ongelman esiintyvyys ja ehkäisyn perusteet [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-05-05.] Saatavissa: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

WHO, Obesity and overweight 2013 [verkkajulkaisu]. Päivitetty 03-2013. [Viitattu 2014-05-05.] Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

LIITE 1. HAASTATTELUN SUOSTUMUSLOMAKE

Hyvä vastaanottaja,

Olemme terveydenhoitaja opiskelijoita SAVONIA ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyötä aiheesta: TERVEYDENHOITAJAN OHJAUKSEN MENETELMÄT JA TUKI LIHAVAN ASIAKKAAN TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄMISESSÄ.

Tutkimuksemme aineistonkeruumenetelmänä on haastattelu, joka tehdään täysin luottamuksellisesti. Mitään kertomianne tietoja ei saateta muiden kuin tutkimuksen tekijöiden tietoon. Haastattelumateriaalia hyödynnetään ainoastaan kyseisessä opinnäytetyössä. Työn valmistumisen jälkeen kaikki haastattelumateriaali hävitetään. Haastattelumateriaalia käytetään työssä siten, että teidän tai muiden osapuolten henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa.

Parhain terveisin

Kristiina Björkstедt ja Minna Koskinen

Annan suostumukseni haastattelun tallentamiseen sekä sen käyttämiseen opinnäytetyössä yllä olevin ehdoin.

Allekirjoitus_____

Nimenselvennys_____

Paikka ja aika_____

LIITE 2: HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET

Tutkimustehtävät haastattelun kysymysrunkona:

Vastaajan ikä _____
 sukupuoli _____
 koulutustausta _____
 työkokemus vuosina _____
 työvuodet työterveyshoitajana _____
 työvuodet Soisalon Työterveydessä _____

1. Työterveyshuollon asiakkaan lihavuus ja työhyvinvointi työterveyshoitajan työssä

- Kuvaile omin sanoin lihavuus, työhyvinvointi.
- Pohdi lihavuuden ja oireiden/sairauksien syy-seuraussuhdetta.
- Pohdi lihavuuden vaikutusta työhyvinvointiin.
- Miten lihavuuden esiintyminen on mielestäsi muuttunut?

2. Työterveyshoitajan käyttämät menetelmät lihavan työterveyshuollon asiakkaan työhyvinvoinnin edistämiseksi

- Minkälaista lihavuuteen liittyvää koulutusta olet saanut?
- Miten koet lihavuuteen puuttumisen?
- Miten toteutat lihavan työterveyshuollon asiakkaan lihavuuteen liittyvää ohjausta?
- Millä keinoilla työyksikkösi tukee lihavuuden omahoitoa?
- Mitä vaikutusta lihavuuteen puuttumisella on ollut lihavan työterveyshuollon asiakkaan painokehitykseen ja työhyvinvointiin?

LIITE 3.: SISÄLLÖNANALYYSIN LUOKITTELURUNKO

PÄÄLUOKKA: Lihavuus ja tulevaisuuden ohjauksen haasteet

